

ANNÉE 19⁷²
—

THÈSE

N° —

46

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ATHANASSOYANNIS Epouse ROUER Katherine

Née le 30 Mai 1930, à CHORA-TRIFILIAS
(GRECE)

Présentée et soutenue publiquement le

19⁷²
—

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES

PAR RUPTURE D' ANEVRYSMES ARTERIELS.

Président : H. BRICAIRE Professeur.

ACADEMIE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT -- ROYAL

ANNÉE 19⁷²
—

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ATHANASSOYANNIS Epouse ROUER Katherine

Née le 30 Mai 1930, à CHORA-TRIFILIAS

(GRECE)

Présentée et soutenue publiquement le

19⁷²

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES

PAR RUPTURE D' ANEVRYSMES ARTERIELS.

Président : H. BRICAIRE Professeur.



A la mémoire de mon père,

dont les paroles me sont toujours
présentes à l'esprit.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547103_0024

A mon mari

A nos filles.

A ma mère ,

dont l'aide et le courage
m'ont toujours accompagnée.

A Monsieur le Professeur Henri BRICAIRE

Officier de la Légion d'Honneur,

Professeur de Médecine interne et d'Endocrinologie

Médecin des Hôpitaux.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions d'agréer l'expression de
notre respectueuse considération.

A Monsieur Le Professeur Agrégé René ABELANET

Biologiste des Hôpitaux,
Chef du Service Central d'Anatomie Pathologique du groupe
hospitalier Cochin.

Dont les conseils ont été extrêmement précieux.

Qu'il veuille trouver ici l'expression
de toute notre gratitude.

A Madame le Docteur Sharon DESLIGNERES,

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris,
Assistante des Hôpitaux, Assistante de Faculté,
Anatomopathologiste,
Docteur du troisième Cycle d'Histologie.

Nous la remercions vivement de l'aide
amicale qu'elle nous a apportée à chaque moment
de l'élaboration de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES

PAR RUPTURE D'ANEVRYSME ARTERIEL

INTRODUCTION

Trois observations nécropsiques, chez des sujets décédés d'hémorragie digestive, posent l'important problème du rôle joué par la rupture des anévrysmes artériels dans l'étiologie de ces hémorragies.

La relative rareté de cette étiologie, l'évolution souvent brutale, imposant le diagnostic d'urgence, nous ont conduits à essayer de dégager les quelques symptômes précurseurs de la rupture de ces anévrysmes et permettre ainsi la mise en oeuvre rapide d'une thérapeutique appropriée et efficace.

Aussi présentons-nous successivement:

- 1 - Nos trois observations
- 2 - Une revue aussi complète que possible de la littérature
- 3 - L'analyse des différents cas en fonction du vaisseau artériel rompu dans le tube digestif :
 - l'aorte thoracique
 - l'aorte abdominale
 - l'artère hépatique et ses branches
 - l'artère splénique
 - l'artère gastrique et ses branches
 - les artères iliaques

HISTORIQUE

Selon KAPLAN, l'anévrisme artériel externe était connu par Galien. Au 2ème siècle Antyllos incise et vide le sac anévrysmal entre ligatures. C'est Rudolph MATAS qui en 1888 effectua la première endoanévrysmorphie.

L'anévrisme interne fut reconnu d'abord par Fernelius au 16ème siècle.

L'anévrisme de l'artère splénique a été décrit par BEAUSSIER en 1770. Le cas le plus célèbre de faux anévrisme traumatique de l'artère splénique est celui du Président des Etats-Unis Garfield : deux mois après une blessure par balle de l'abdomen il mourut de rupture de l'anévrisme (PUGEDA et HINSHAN)

Depuis 1963 aux Etats-Unis grace à NUSBAUM et BAUM, l'angiographie commence à être utilisée pour la mise en évidence de l'étiologie des hémorragies digestives inexpliquées (NAUDIN).

Le diagnostic d'anévrisme rompu dans le tube digestif est encore difficile et le mot d'OSLER qui écrivait "il n'existe pas de maladie qui rend plus humble que l'anévrisme de l'aorte" reste toujours d'actualité.

N O S O B S E R V A T I O N S .

Observation n°1

- Mr Cou... G. 66 ans, retraité est hospitalisé dans le service de Monsieur le Pr. BRICAIRE, pour des douleurs épigastriques d'apparition brutale, tenaces, sans irradiations, accompagnées de nausées et d'une discrète hémorragie. On note en plus un ictère et de la fièvre.

Antécédents personnels :

- En 1930 : douleurs ulcéreuses épigastriques rapidement résolues.
- En 1964 : à l'occasion d'une U.I.V. pour une raison qu'on ne connaît pas, on découvre 3 reins.
- 1969 en Août : V.S. 112-124
Poussée d'H.T.A. à 20 (normalement 16) avec malaises.
- Constipé chronique. Existence de quelques épisodes de selles noires (?).

Histoire de la maladie :

Le 28 Déc. 1969 à 8 heures du matin Mr COU... ressent une douleur épigastrique, d'apparition brutale, sans irradiation, tenace, accompagnée de nausées et d'un vomissement liquide noirâtre (hématemèse ?). Sueurs profuses.

A l'entrée dans le service, l'état général est médiocre avec impression de saignement non entériorisé et de plus reprise de l'ictère de même que de la fièvre.

A l'examen

-Abdomen

- creux épigastrique indolore à la palpation
- hépatomégalie sensible et douloureuse
- il n'existe pas de masse palpable
- pas de point douloureux vésiculaire ni appendiculaire
- il n'existe pas de matité, ni de météorisme. Pas de dé-

fense ni de contracture abdominale

- on n'observe pas de circulation collatérale

Au TR : prostate augmentée de volume.

- Coeur et vaisseaux

- B.D.C. réguliers sans galop ni souffle

- T.A. : 16/9 : 130

- les pouls périphériques sont tous perçus

- état veineux : R.A.S.

- Poumons : normaux

- Examen neurologique : tout est normal sauf les reflexes rotuliens et archiléens qui semblent abolis.

- Génito-urinaire : normal.

- Ganglionnaire : R.A.S.

- Les examens de laboratoire pratiqués montrent :

- NFS : G.R. 4.280.000 ; G.B. 5.800

- transaminases : SGOT : 180 u ; SGPT : 200 u.

- bilirubine : 100 mg

- taux de prothrombine : 57 %

-V.S. : 141 à la 1ère heure.

- La radiographie gastrique faite en urgence montre une volumineuse compression extrinsèque de la petite courbure.

- La scintigraphie hépatique faite en urgence montre un foie normal avec une empreinte sur le bord gauche.

48 heures après l'admission le malade présente un tableau de choc évoquant une hémorragie non extériorisée. Toutes les tentatives de réanimation demeurent vaines et le malade est décédé.

Examen anatomopathologique

- Aspect extérieur : ictère franc cutanéomuqueux.

- Etat des vaisseaux :

- aorte thoracique : pratiquement pas d'athérome.

- coronaires : antérieure un peu calcifiée mais perméable. Les autres coronaires sont normales.

- Abdomen :

- le jéjunum et iléon contiennent du sang noirâtre.

- sous le foie, en avant et à droite du duodénum apparaît une grosse masse (fig. n°1) relativement lisse, non adhérente aux viscères sauf en arrière et aussi à droite, de coloration rosée, de consistance élastique, 12 cm environ de diamètre. Cette masse est indissociable du bloc duodéno-pancréatique, l'hypothèse de sa nature pancréatique ayant été soulevée (faux kyste ?). En arrière le cholédoque a un diamètre plus large que normalement, comprimé par la masse, et plus haut la vésicule est grosse et tendue

Cette masse contient des caillots d'âges et d'aspects variables.

L'examen histologique confirme la nature anévrysmale et montre la présence de petits amas de germes Gram + dans le caillot.

L'ouverture du cholédoque contient du sang qui a fusé en haut vers les voies biliaires intra-hépatiques (fig. 2) et en bas vers le tube digestif expliquant le méloena, d'une part.

-d'autre part, on voit l'orifice de la rupture de la masse dans le cholédoque.

Le foie est le siège de nombreux infarctus ischémiques (fig.3) certains étant suppurés (examen histologique).

Conclusion

- Anévrysme septique de l'artère hépatique, ou d'une de ses branches rompu dans le cholédoque entraînant une hémobilie et une hémorragie digestive terminale.

- Nombreux petits infarctus hépatiques (fig. 3) en rapport soit avec la thrombose de l'anévrysme de l'artère hépatique, soit avec la compression du pédicule hépatique par l'anévrysme.

Fig. 1 : Anévrysme de l'artère hépatique
(obs. n° 1)

Fig. 2 : hémobilie (canal biliaire intra hépatique)
(obs. n° 1)

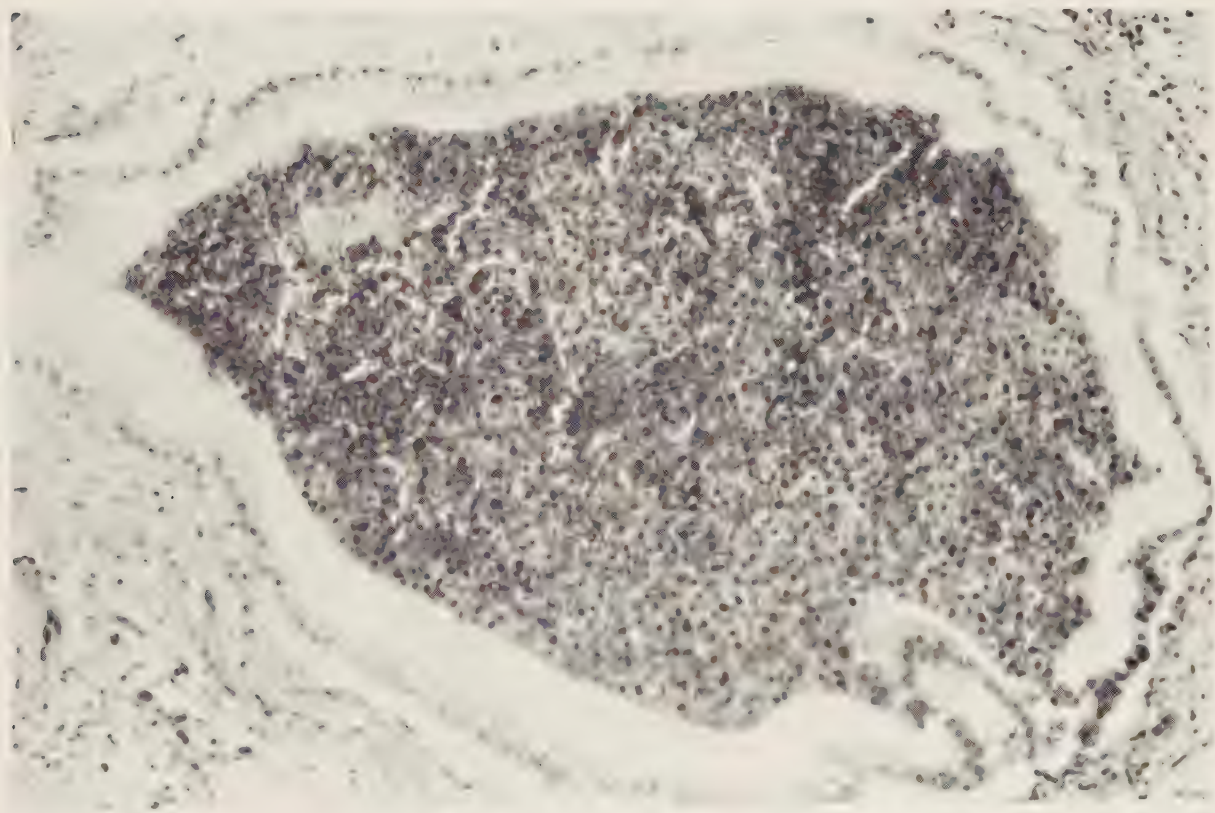


Fig. 3 : infarctus du foie (anévrisme de l'artère hépatique)
(obs. n°1)

Fig. 4 : anévrisme de l'aorte abdominale rompu dans le 3 ème duodénum.
(obs. n° 2)



Observation n° 2

- Mr Fig... L, 84 ans, entre dans le service de Mr Le Pr BRICAIRE le 9.5.68 pour état fébrile après adénoméctomie.

Antécédents

- En 1963 : hémiplegie droite brutale avec chute et fracture de la clavicule.
 - depuis exacerbation des signes urinaires, qui existaient déjà, à type de dysurie discrète.
 - 1er épisode de rétention aigüe.
- En 1968 : 2ème épisode de rétention aigüe. Découverte d'un volumineux adénome.
 - malade obèse, apparemment en insuffisance respiratoire.
 - séquelles d'hémiplegie droite.
 - lourd passé éthylique probable.
 - il existe des douleurs abdominales à type de torsion sans rythme ni périodicité....
- Le 16.4.68 : adénomectomie
 - revient dans le service pour état fébrile.
 - examen clinique : R.A.S.
 - TA : 12/5
 - Abdomen souple
 - traitement : antibiotiques.
- Le 15.6.68.
 - Hématémèse : 200 cc
 - Arrêt cardiaque
 - réanimation
 - transit baryté gastro-duodénal d'urgence : pas de lésion gastro-intestinale.

Malgré la réanimation, le malade est décédé le 17.6.68, après moelena important et collapsus.

Examen anatomopathologique

1 - Examen macroscopique

- Thorax.

- Athéromatose très importante de la crosse de l'aorte et de l'aorte thoracique descendante (plaques calcifiées et ulcérées).

- Abdomen

- Tube digestif :

- l'estomac est rempli de caillots hématiques.
- le duodénum : ulcération de D2 communiquant avec un volumineux anévrysme de l'aorte abdominale.
- iléon, colon, rectum : remplis de sang. Absence d'ulcération ou de prolifération tumorale.

- Système vasculaire :

- artériel : athéromatose diffuse moyenne ; volumineux anévrysme (fig. n° 4) de l'aorte abdominale, dont le sac est rempli par un caillot en voie d'organisation, atanévryme s'étageant depuis l'artère mésentérique supérieure jusqu'à la bifurcation aortique.

Sclérose adventitielle importante; le 3ème duodénum adhère intimement à la face antérieure de la poche anévrysmale et présente une fistule anfractueuse de 1,5 cm de long.

- veineux : absence de thrombose aux membres inférieurs ;

- En outre :

- néphrite ascendante.
- fibrose hépatique.
- cholécystite lithiasique.

2 - Examen histologique de l'anévrysme :

La paroi vasculaire est épaissie, scléreuse, avec des foyers d'athérome, la sclérose atteignant toutes les couches du vaisseau. Par endroits on observe des raptus hémorragiques et de nombreux infiltrats inflammatoires polymorphes non spécifiques dans les diverses couches vasculaires.

Conclusion : anévrysme athéromateux de l'aorte rompu dans le duodénum ayant entraîné une importante hémorragie digestive.

Observation n° 3

- Mr Per... F. , 62 ans, est hospitalisé le 3.9.70, à la demande de son médecin traitant, dans le service de Mr Le Pr BRICAIRE, pour bilan d'une insuffisance cardiaque et d'une insuffisance rénale chronique.

L'histoire de ce malade comporte plusieurs épisodes :

- Il y a trois ans découverte en médecine du travail d'un gros coeur.
 - Il y a un an, à l'occasion de douleurs lombaires gauches, découverte d'une fibrose rétro-péritonéale étranglant l'uretère gauche? L'intervention libère l'uretère et l'insuffisance rénale regresse
 - Lors de cette intervention, on découvre un anévrysme de l'aorte abdominale. Une éventuelle intervention sur cet anévrysme est refusée en raison de l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale qui est réapparue.
- Dans le service de Pr BRICAIRE, on poursuit un traitement symptomatique, les urologues ayant refusés une nouvelle intervention sur les voies excrétrices.
- Tout semblait s'améliorer progressivement lorsque le décès est survenu brusquement.

Examen anatomopathologique

1 - Examen macroscopique

- Abdomen
- Tube digestif

L'estomac est distendu par un énorme caillot noirâtre moulé sur ses parois. La muqueuse gastrique est normale.

Le 3ème duodénum adhère intimement à la face antérieure de la partie haute de l'anévrysme aortique. A l'ouverture, le duodénum contient un caillot noirâtre moulé sur sa paroi interne. Après ablation du caillot, on constate que la muqueuse de la face postérieure de D3 présente une plage violacée d'environ 5 cm de

Fig. 5 : anévrisme de l'aorte abdominale rompu dans le 3 ème duodénum.
(obs.n° 3)

Fig. 6 : hémorragie gastro-intestinale.
(obs. n°3)



diamètre au centre de laquelle se trouve une petite brèche sur-
élevée d'environ 3 mm de longueur, qui paraît colmatée du côté
aortique (non cathétérisable par sonde).

Le jéjunum contient un caillot noirâtre moulé sur sa paroi. La
2ème moitié de l'intestin grêle est vide.

- Système vasculaire

L'aorte abdominale présente un volumineux anévrysme (fig. n° 6)
fusiforme (fig. n°6) s'étendant depuis 1 ou 2 cm au dessous des
artères rénales jusqu'aux iliaques primitives qui sont, elles
aussi, anévrysmales sur quelques centimètres. Cet anévrysme
est renflé en avant et en haut formant une poche qui remonte
en avant un peu plus haut que le niveau des artères rénales.
A l'ouverture la poche anévrysmale est presque entièrement
combée par des caillots anciens parfois stratifiés avec
persistance seulement d'un étroit chenal central.

Au dessus de l'anévrysme l'aorte abdominale est très athéroma-
teuse, présentant le même aspect que l'aorte thoracique. Les
troncs coeliaque et mésentérique supérieur sont athéromateux.

Conclusion

- Anévrysme de l'aorte abdominale.
- Athéromatose (+++++) de l'aorte thoracique et abdominale,
de l'origine des artères rénales du tronc coeliaque et de
l'artère mésentérique supérieure.
- Hypertrophie et dilatation du ventricule gauche et des
oreillettes.
- Foie cardiaque.
- Fibrose diffuse périurétérale gauche.
- Reins de néphrite chronique.

Cause de la mort :

Fisbulisation de l'anévrysme aortique dans le 3ème duodénum
avec hémorragie digestive foudroyante: dans l'estomac, le duodénum et la
première moitié du grêle, n'ayant même pas eu le temps de s'extérioriser
(sang jusqu'en haut de l'oesophage).

II / Examen histologique

L'anévrysme de l'aorte abdominale montre une importante fibrose de toute la paroi vasculaire avec perte des structures normales des vaisseaux et en endroits des cellules inflammatoires polymorphes

En conclusion

- Anévrysme athéromateux de l'aorte abdominale rompu dans le 3^{ème} duodénum.

- Athérome important de toute l'aorte

- Poumons et foie cardiaques

- Néphrite chronique.

ETUDE CRITIQUE DES OBSERVATIONS DE LA LITTERATURE ET DE NOS OBSERVATIONS EN VUE DE DEGAGER LES ELEMENTS ESSENTIELS PERMETTANT DEVANT UNE HEMORRAGIE DIGESTIVE DE FAIRE LE DIAGNOSTIC D'ANEVRYSME ROMPU DANS LE TUBE DIGESTIF.

Nous étudierons successivement :

I / Le siège anatomique des anévrysmes artériels rompus dans le tube digestif.

II / Les aspects cliniques et anatomopathologiques de 126 cas (123 relevés dans la littérature + 3 observations personnelles), d'anévrysmes artériels rompus dans le tube digestif, et nous tenterons une synthèse.

I - SIEGE ANATOMIQUE DES ANEVRYSMES ARTERIELS ROMPUS DANS LE TUBE DIGESTIF.

A. Les anévrismes artériels susceptibles de se rompre dans le tube digestif peuvent intéresser de multiples artères thoraciques et surtout abdominales.

Les localisations de ces anévrysmes sont :

- l'aorte thoracique à tous les niveaux
- l'aorte abdominale et les artères iliaques
- les collatérales de l'aorte abdominale : ou ses branches terminale
 - tronc coeliaque et ses branches :
 - artère hépatique commune et ses ramifications
 - artère splénique
 - artère coronaire stomachique
 - artères mésentériques supérieure et inférieure, artères rénales etc...
- ramifications terminales artérielles dans la paroi digestive.

B. Le point de rupture de l'anévrysme artériel dans le tube digestif, dépend des rapports anatomiques du vaisseau et de la portion du tube digestif atteinte, ceci pouvant se modifier par formation d'adhérences inflammatoires.

C. Nous avons relevé dans la littérature 123 cas d'anévrysmes artériels de siège divers rompus dans diverses portions du tube digestif aux quels s'ajoutent nos 3 observations, pour essayer de dégager une symptomatologie caractéristique de l'affection. Le tableau suivant exprime le nombre de cas relevés dans la littérature (Tableau N° I).

Tableau I : Nombre de cas relevés dans la littérature d'anévrysmes artériels rompus dans le tube digestif.

Siège de l'anévrysme	Nombre des cas étudiés dans la littérature .
Aorte thoracique	7
Aorte abdominale	74
Artère hépatique	26
Artère splénique	11
Artère gastrique	6
Artères iliaques	2
Total	126

II / ETUDE CLINIQUE ET ANATOMOPATHOLOGIQUE DE 126 CAS (123 RELEVES DANS LA LITTERATURE + 3 OBSERVATIONS PERSONNELLES) D' ANEVRYSMES ARTERIE ROMPUS DANS LE TUBE DIGESTIF .

La symptomatologie a été étudiée séparément pour chaque localisation d'anévrysme :

- l'aorte thoracique (7 observations)
- l'aorte abdominale (74 observations)
- l'artère hépatique et ses branches (26 observations)
- l'artère splénique (11 observations)
- l'artère gastrique et ses branches (6 observations)
- les artères iliaques (2 observations).

A / AORTE THORACIQUE

7 cas relevés

Les différentes caractéristiques de l'anévrysme de l'aorte thoracique rompu dans le tube digestif ont été consignés sur le tableau N° II.

Tableau N° II : hémorragies digestives par rupture d'anévrisme de l'aorte thoracique dans le tube digestif.

	KAPLAN 1942	CALLEDA 1953	RENNER 1953	SALMONS 1954	GRESHAM 1959	FERGUSON 1966	
Hémorragies digestives	+	+	+	+	cas n° 3 +	cas n° 6 +	cas n° 7 +
	H (1 sem)	H+M (10 j.)	H (QQS h.)	H+M (3 j.)	H+M (6m.)	H (2 j.)	M(juste
Douleurs	+		+	+	+	+	+
Autres signes			-nausées -vomiss.	-toux -dyspnée	-toux -dyspnée	-toux -dyspnée	-sueurs : -asthémie. -perte p
Antécédents	syphilis	syphilis	syphilis	-alcoolisme -tuberculose pulmonaire	syphilis	syphilis	
Siège de la rupture	oesophage & bronche gauche	oesophage	estomac	oesophage	oesophage	oesophage	oesopha
Etiologie	≤	≤	≤	athérome ?	≤	≤	athérom
Age	58	65	61	54	69	54	71
Sexe	M	M	M	M	M	M	M
Traitement Evolution	DC	DC	DC	DC	DC	DC	DC
Durée évol. entre le 1er signe et le Dg ou le DC	1 sem.	10 j.	17 h.	1 m.	6 m.	QQS m.	?

COMMENTAIRES ET SYNTHESE

On note les faits suivants sur les 7 cas relevés :

a) Le sexe

Tous sont de sexe masculins.

b) L'étiologie

5 cas ont une étiologie syphilitique. Deux sont d'origine probablement athéromateuse. La prédominance de l'étiologie syphilitique a été remarquée par de nombreux auteurs dont HIRSCHOWITZ et BAGG pour qui 84 % des cas d'anévrismes de l'aorte thoracique sont syphilitiques.

c) L'âge

S'échelonne ici entre 54 et 71 ans. L'âge moyen étant de 62 ans.

d) Signes cliniques

1/ Six sur sept cas présentaient des douleurs dont la date de début est très variable suivant les cas. Les deux extrêmes se situant l'un 6 ans avant l'accident terminal, l'autre quelques heures avant le décès. Le siège étant aussi variable, thoracique ou épigastrique.

2/ Tous les sujets étudiés ici présentaient des hémorragiques digestives :

- 3 hématemèses sans méleona
- 1 méleona sans hématemèse
- 3 hématemèses accompagnées de méleona.

La date de la première hémorragie digestive varie ici entre 6 mois et quelques minutes avant le décès. Il faut insister sur le fait que l'hémorragie n'est que rarement exsanguinante immédiatement. En effet le délai entre la première hémorragie et le décès est généralement de quelques jours. Ces quelques jours doivent être mis à profit sans perdre de temps afin d'arriver très rapidement au diagnostic et d'envisager si cela est possible un acte thérapeutique.

On peut noter aussi quelques signes cliniques non spécifiques toux, dyspnée, nausées, vomissements ainsi qu'un amaigrissement.

e) Siège de la rupture

Six cas sur sept se sont rompus dans l'oesophage (un sujet présentait une double rupture dans l'oesophage et dans la branche gauche) le septième dans l'estomac. Cette dernière s'effectua de la façon suivante : d'abord rupture dans le médiastin et dissection de la paroi oesophagienne, sans effraction de sa muqueuse, puis rupture dans l'estomac 3 cm sous le cardia.

B / AORTE ABDOMINALE

72 observations ont été relevées dans la littérature auxquelles s'ajoutent nos deux observations.

Les différentes caractéristiques de l'anévrysme de l'aorte abdominale rompu dans le tube digestif ont été consignés sur les tableau suivants : (N° III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI).

TABLEAU N° III : Hémorragies digestives par rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale dans le tube digestif.

	SALMON 1843	BAILEY 1891	MANSON 1937	ROTTINO 1942	HAUSMANN 1943	MORIS 1944
Hémorragie digestive	+	+	+	+	+	+
Douleurs	+	+	N.S.	+	+	+
Masse abdominale	+	+	+	+	+	+
Troubles digestifs	non signalés	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Type et siège de l'anévrys.	sacciforme (entre art. mes. sup. et inf.)	sacciforme à hauteur du pylore	sacciforme	sacciforme sous art. rén. 7,5x7x4 cm)	sacciforme sous-pancréatique.	sacciforme sous inf.
Etiologie	non signalé	N.S.	athéroscl.	athéroscl. ou infection	athéroscl.	syph.
Siège de la rupture	duodénum (D3 ?)	estomac	D ₃	D ₃	jéjunum	duodénum (D3 ?)
Nombre connu d'ané. rompus ds le T.D.	non signalé	N.S.	N.S.	31	N.S.	N.S.
Age	59	45	76	53	79	64
Race	Blanche (présumée)	B _(p)	B _(p)	B	B _(p)	B
Sexe	M	M	M	M	F	
Intervention chirurgicale	0	0	0	0	0	
Evolution	DC	DC	DC	DC	DC	D
Durée d'évolution	qqs jours	8 jours	5 jours	1 mois 1/2	3 sem.	3-4

TABLEAU N° III

	SCOTT 1944	PRATT - THOMAS 1944			IRWIN 1945	BALICE 1946
		(cas n°1)	(cas n°2)	(cas n°3)		
Hémorragie digestive	+	+	+	+	+	+
Douleurs		+	+	+	+	+
Masse abdominale		+	+	0	0	0
Troubles digestifs		+	+		+	
Type et siège de l'anévrys.	aorte abd.	sacciforme niveau tronc coel.mes.sup.	sous art. rénales (5,5cm diam.)	début 1 cm sous art. rénales (4x3,5cm)	thorac. et abdom. haut.	sacciforme 7x3,5x3cm
Etiologie		syphilis	syphilis	athéroscl.	syphilis ?	syphilis
Siège de la rupture	duodénum	duodénum (20cm du pylore)	D ₃	D ₃	estomac	D ₃
Nombre connu d'anévrysm. rompus ds T.D.		38 (sur 538 ané.abd.non perforés ds le T.D.)	38			
Age		31	48	52	60	31
Race		N	N	B	B _(P)	B _(P)
Sexe		M	M	M	M	M
Intervention chirurgicale		0	0	0	0	0
Evolution		DC	DC	DC	DC	DC
Durée d'évolution		3 mois	4 mois	6 mois	?	5 mois

TABLEAU N° III

	HUNT 1946	BAER 1948 (cas n°6)	BARRETT 1949	POMERANTZ 1949	BALAKIAN 1950	BAGNU 1951
Hémorragie digestive	+	+	+	+	+	
Douleurs	non signalé	+	+	+	0	
Masse abdominale	N.S.	+	+	+	+	
Troubles digestifs		+(carcinome estomac)	+	0	+	
Type et siège de l'anévrys.	sacciforme 6x4,5x3,5 cm 4,5 sous mes. sup.	aorte abd.	sacciforme volumineux	fusiforme 8,5cm de diamètre	sous art. mes. aorte sup.	aorte sup.
Etiologie	athéroscl.	N.S.	athéroscl.	athéroscl.? infectieuse ?		tuberc.
Siège de la rupture	D ₃	D ₁	D ₃	début jéjunum	D ₃	duodénum
Nombre connu d'ané. rompus ds le T.D.	41			44		
Age	47	N.S.	58	53	59	
Race	B _(p)	N.S.	B _(p)	B	B	
Sexe	M	F	F	F	M	
Intervention chirurgicale	0	0	0	0	0	
Evolution	DC	DC	DC	DC	DC	
Durée d'évolution	5 heures	2 mois	2 jours	3 sem.	1 jour	

TABLEAU N° III

	ANTZIS	(cas n°1)	HIRSH 1951 (cas n°2)	(cas n°3)	(cas n°4)	(cas n°5)
Hémorragie digestive	+	+	+	0	+	+
Douleurs	0	0	0	+	+	+
Masse abdominale	+	+	+	+	+	0
Troubles digestifs	+	0	0		0	+
Type et siège de l'anévrys.	sacciforme sous art. mes. sup.	sacciforme sus rénale	aorte abd. 8 x 5cm d.	sous-rénale (8cm d.)	sacciforme bifur. (5 cm d.)	7 cm sous mes.sup.
Etiologie	Athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.
Siège de la rupture	D ₃	D ₃	D ₃	D ₃	D ₃ (2 perfor.)	D ₃
Nombre connu d'anévrys. rompus ds le T.D.	51 (ané; abd;)	43 (ané. aort.abd.rompus)				
Age	78	66	67	65	80	75
Race	N	B	B	B	B	B
Sexe	F	F	M	M	F	M
Intervention chirurgicale	0	0	0	0	0	0
Evolution	DC	DC	DC	DC	DC	DC
Durée d'évolution	2 mois	20 h.(hem.dig.) ou 38 ans(masse)	3 jours	1 an 1/2	1 jour 1/2	3 sem.

TABLEAU N° III

	HIRST 1951			HIRSCHOWITZ 1951		
	(cas n°6)	(cas n°7)	(cas n°8)	(cas n°1)	(cas n° 3)	(cas n° 4)
Hémorragie digestive	+	+	+	+	+	
Douleurs	+	+	+	+	+	
Masse abdominale	+	+	+	+	0	
Troubles digestifs	+	+	0	+	+	
Type et siège de l'anévrysme	sous art.rén. 7 cm d.	sacciforme 10 x 10 cm	aorte abd. 5 x 7 cm	tronc coel. jusqu'à bif. iliaque	aorte abd.	sacciforme sus-omb.
Etiologie	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl. ?	N.S.	athéroscl.
Siège de la rupture	D ₃	duodénum (4 perf.)	duodénum (à 10cm du pylore)	D ₃	D ₃	D ₃
Nombre connu d'ané.rompus ds le T.D.						
Age	73	75	78	70	65	55
Race	B	N.S.	B	B	B	B
Sexe	F	M	M	M	M	M
Intervention chirurgicale	0	0	0	laparotomie exploratrice 2 mois av. DC	0	0
Evolution	DC	DC	DC	DC	DC	DC
Durée d'évolution	2 mois 1/2	1 sem.	1 mois+1 sem.	4 mois	9 jours	1 mois

TABLEAU N° III

	ROLL (cas n° 1) 1956 (cas n°2)		HEBERER 1957	ROSS 1957	SKROMAK 1957 (cas n°1) (cas n°)	
Hémorragie Digestive	+	+	+	+	+	+
Douleurs	+	+		+	+	+
Masse abdominale	0	+		soupçonnée	0	+
Troubles digestifs	+	+		+	+	
Type et siège de l'anévrys.	sacciforme 5 cm d.	fusiforme 1 cm sous art. rénales		sacciforme au dessus de la bif. rén.	sacciforme 3 cm d.	aorte abd.
Etiologie	N.S.	athérosclé.	athéroscl.	athéroscl. ?	athéroscl.	athéroscl.
Siège de la rupture	D ₃ (5 perf.)	D ₃	duodénum	iléon	duodénum	duodénum
Nombre connu d'ané. rompus ds le T.D.				55	53	
Age	59	64	65	79	81	68
Race	B	B	B _(p)	B _(p)	B	B
Sexe	M	M	M	M	M	F
Intervention chirurgicale	gastrectomie subtotale	suture ulcère perforé D1	+	0	0	0
Evolution	DC	DC	DC	DC	DC	DC
Durée d'évolution	3 mois	1 mois 3 sem.	qqs mois	1 mois ou 1 an (meloena)	qqs mois	1 mois

TABLEAU N° III

	GARZON 1958 (cas n°1)	VOYLES 1958	PENDOWER 1959 (cas n° 1)	SZUNYOGH 1959	SMOLIK 1959	GRESHAM 1959 (cas n° 1)
Hémorragie digestive	+	+	+	+	+	?
Douleurs	+	+	0	0		?
Masse abdominale	0	+	0	0		?
Troubles digestifs	0	+	0	+		?
Type et siège de l'anévrysme	3 cm au-dessus de la bifurc. 7 x 8 x 7 cm	sous rénale 10 x 6 x 6 cm	fusiforme 8cm circon.	au dessus art. rénales	aorte abd.	sacciforme 7cm sous tronc coe aque
Etiologie	N.S.	N.S.	athéroscl.	athéroscl.	syphilis	athéroscl.
Siège de la rupture	D ₃ et colon desc.	D ₃	D ₃	D ₁	estomac	D ₂
Nombre connu d'anévrysmes rompus ds le TD	82 (anévr.aort. abd.rompus ds TD)	63		65 (ané. art.rompus TD)		69 (ané. abd.rompus TD)
Age	52	61	65	68	48	84
Race	B	B	B _(P)	B	B _(P)	B _(P)
Sexe	M	M	M	M	M	F
Intervention chirurgicale	laparotomie	résection greffe de l'ané. en Y	laparotomie et gastrec. partielle	0		0
Evolution	DC	DC	DC	DC		DC
Durée d'évolution	2 sem.	6 mois	3 mois 1/2	7 ans ?		?

TABLEAU N° III

	GRESHAM 1959 (cas n° 2)	KUBOTA 1959 (cas n° 1) (cas n° 2) (cas n° 3)			BAUMLER 1961	CRUZ ANNO 1962
Hémorragie Digestive	?	+	+	+	+	+
Douleurs	+	+	+	+ (à la palpation)	+	+
Masse abdominale	?	0	0	+	0	
Troubles digestifs	?	+	+	+	+	
Type et siège de l'anévrysme	sacciforme sous art. rénales	fusiforme sous art. rén. 6 x 5 cm	sacciforme 4 cm. d.	départ art. rénal. jusqu'à bifurcation	2 cm sous art. rén. 2 cm 5 d.	
Etiologie	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.?	athéroscl.	
Siège de la rupture	D ₂ et V.C.I.	D ₃	D ₃	duodénum	D ₃	duodénum
Nombre connu d'ané. rompus ds le T.D.	69	67			52	
Age	65	69	81	75	74	60
Race	B _(p)	B	B	B	B	B _(p)
Sexe	M	M	M	M	M	M
Intervention chirurgicale	0		0	Fascia lata sur anévr. 2ans 1/2 au DC	0	prothèse
Evolution	DC	DC	DC	DC	DC	Succès
Durée d'évolution	3 sem.	9 mois	1 mois	15 j.	1 mois	

TABLEAU N° III

	DINAPOLI 1962	LAW 1962	GARRETT 1963	BELA 1963	PATEL 1963	PHILIP 1963
Hémorragie Digestive	+	+	+	+		
Douleurs	+	+				
Masse abdominale	+	0				
Troubles digestifs	+	+				
Type et siège de l'anévrysme	gros anévr. sous rénal	sacciforme aorte distale	volumineux	aorte	aorte sous rénale	sous a début
Etiologie	athéroscl.?	N.S.				athér
Siège de la rupture	duodénum (2 perfor.)	D ₄	duodénum	duodénum	T.D.	duodé
Nombre connu d'ané. rompus ds le T.D.	63	70	70			
Age	59	63	71	65		66
Race	B	B	B (p.)	B (p.)		B
Sexe	M	M	M	M		M
Intervention chirurgicale	prothèse teflon	prothèse dacron	greffe	0		greff teflo
Evolution	DC qqs.j. après opér.	Succès	DC 10 j. après (péri- tonite)	DC		Succ
Durée d'évolution	14 mois	9 mois	24 h.			qqs.

TABLEAU N° III

	MAYO/CLIN/PROC 1964	SCHMICH 1965	MINJER 1965 (cas n°1) (cas n°2)		FERGUSON 1966 (cas n°1) (cas n°2)	
Hémorragie Digestive	+	+	+	+	+	0
Douleurs	+	+(ischialgie)			0	+
Masse Abdominale	0		+	+	0	+
Troubles Digestifs	+				0	+
Type et siège de l'anévrysme	au-dessus iliaques	aorte abd.	aorte abd.	aorte abd.	aorte distendue sacciforme (pas vrai anévrysme)	sous art. rénales
Etiologie	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.	N.S.
Siège de la rupture	D ₃	duodénum	duodénum	duodénum	duodénum	jonction duodéno-jéjunale
Nombre connu d'anévr. rompus ds le T.D.					7 anévr. de l'aorte perforés ds le T.D. sur 10 000 nécropsies	
Age	62	66	82	55	"âge moyen"	52
Race	B _(P)	B _(P)	B _(P)	B _(P)	NS	N
Sexe	M	M	M	M	M	F
Intervention Chirurgicale	4 fois (ulcère, gastrectomie)	+			0	0
Evolution	DC (abcès sous phrénique)	DC (embolie pul.)			DC	DC
Durée d'évolution	11 mois				24 h.	3 sem.

TABLEAU N° III

	FERGUSON 1966 (cas n°3) (cas n°4)		DIETRICH 1966 (cas n° 1)	DONOVAN 1967	HORONE 1968	CHAP 196
Hémorragie Digestive	0	?	+	+		
Douleurs	0	?	+			
Masse abdominale	+		+(discutable)			
Troubles digestifs	+	?	0			
Type et siège de l'anévrysme	4 cm. d.	sous artères rénales	sous rénales jusqu'à alia- ques primiti- ves	anévr. aorte	anévr. aorte	
Etiologie	Athéroscl.	N.S.	N.S.	N.S.		
Siège de la rupture	D ₃	duodénum	D ₄	duodénum	D ₃	jonc duod jéju
Nombre connu d'anévr. rompus ds le T.D.						
Age	59	68	63	46		
Race	B	B	B			
Sexe	F	M	M	M		
Intervention chirurgicale	0	0	greffe teflon bifurque	greffe teflon	greffe dacron	
Evolution	DC	DC	succès (4ans)	succès (3ans)	DC (7 j. après op.)	
Durée d'évolution	qqs j.	histoire non connue	13 mois	3 sem.		

TABLEAU N° III

	EADIE 1968	SEIFERTH 1969				NOWAK 1969
		(cas n° 1)	(cas n°2)	(cas n°3)	(cas n°4)	
Hémorragie Digestive	+					
Douleurs	+					
Masse abdominale	+	+				
Troubles digestifs	+					+
Type et siège de l'anévrysme	depuis 2 cm. sous art.réna. jusqu'aux iliaques	aorte abd.	aorte abd.	aorte abd.	aorte abd.	aorte abd.
Etiologie	athéroscl. (qs second ?)	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.	athéroscl.	
Siège de la rupture	D ₃	D ₃	D ₂	D ₃	D ₃	estomac
Nombre connu d'anévrysmes rompus ds T.D.						
Age	80	74	63	71	55	65
Race	NS	B _(P)	B _(P)	B _(P)	B _(P)	B _(P)
Sexe	M	M	M		M	M
Intervention chirurgicale	Prothèse dacron	0				
Evolution	DC (après 2°opé. nouvelle fist.)	DC	DC		DC	
Durée d'évolution	1 an					

TABLEAU N° III

	Service ANATOMIE PATHOLOGIQUE de COCHIN 1 9 7 2	
	(cas n°2)	(cas n° 3)
Hémorragie Digestive	+	0
Douleurs	+	?
Masse Abdominale	0	anévrisme connu
Troubles Digestifs	?	?
Type et siège de l'anévrisme	Aorte abd. volumineuse	Aorte abd. fusiforme volumineuse
Etiologie	Athérosclérose	Athérosclérose
Siège de la rupture	D ₃	D ₃
Nombre connu d'anévrys. rompus ds le T.D.		
Age	84	62
Race	B	B
Sexe	M	M
Intervention chirurgicale	0	0
Evolution	DC	DC
Durée d'évolution	?	

COMMENTAIRES et SYNTHÈSE

Sur les 74 observations, on peut noter les faits suivants :

a) Le sexe (tableau n° IV) : Nombres d'anévrysmes de l'aorte abdominale rompus dans le tube digestif suivant le sexe.

Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	55	74 %
Féminin	13	18 %
Non précisé	6	8 %
TOTAL	74	100 %

Ces chiffres se rapprochent de ceux d'autres auteurs , où l'on note une nette prédominance masculine :

- BLAKEMORE : 30 hommes et 2 femmes sur 32 cas d'anévrysmes de l'aorte abdominale (en général).
- GRESHAM et JOHNSON : 53 hommes sur 69 cas d'anévrysmes de l'aorte abdominale rompus dans le duodénum.
- BAUMLER : 40 hommes et 13 femmes sur 52 cas colligés d'anévrysmes de l'aorte abdominale rompus dans le tube digestif.

b) L'étiologie (voir tableau suivant)

Tableau n° V : Etiologie des anévrysmes de l'aorte abdominale rompus dans le tube digestif :

Etiologie	Notre revue de la littérature		Revue de la littérature de GRESHAM
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas
Athérosclérose	41	60,8 %	42
Athéros. probable	4		
Syphilis	4		12
Syphilis probable	2	8,1 %	
Infectieuse probable	2	2,7 %	4
Tuberculose	1	1,4 %	4
Non signalée	20	27 %	9
TOTAL	74	100 %	69

Les auteurs sont très divisés en ce qui concerne l'étiologie des anévrysmes de l'aorte abdominale

- SCOTT :insiste sur la fréquence de l'étiologie syphilitique (74 % de syphilis, 21 % d'athérosclérose, 5 % d'infection)
- Pour BLAKEMORE, au contraire, l'étiologie essentielle est l'athérosclérose (26 cas d'athérosclérose, 6 de syphilis sur 26 observations colligées).
- HIRSCHOWITZ est du même avis (69 % athérosclérose, 25 % syphilis, 6 % infectieuse).
- Des chiffres voisins des nôtres sont retrouvés par GRESHAM (voir tableau V).
- A signaler que les trois premiers auteurs parlent de l'étiologie des anévrysmes aortiques abdominaux en général, alors que le quatrième ne discute que des anévrysmes de l'aorte abdominale rompus dans le tube digestif.

A propos d'anévrysmes abdominaux rompus dans le tube digestif, il faut signaler un changement d'étiologie au cours des années.

- Autrefois cette rupture était primitive et si la syphilis était surtout en cause, à tort ou à raison, pour les auteurs anciens, plus récemment l'étiologie athéromateuse était la plus fréquente.
- Cependant une autre cause de fistulisation vasculaire dans le tube digestif est apparue ces dernières années, cette rupture étant secondaire à l'intervention chirurgicale sur cet anévrysme aortique (FERGUSON 1966 ; DIETRICH 1966 ; DONOVAN 1967) après prothèse, par fistulisation dans le tube digestif au niveau de la suture.
- La rupture d'anévrysmes opérés dans le tube digestif est actuellement plus fréquente que la rupture primitive.

C) l' âge

Le tableau suivant (N° VI) illustre le nombre des cas d'anévrysmes de l'aorte abdominale rompus dans le tube digestif par tranche d'âge.

Tableau N° VI (sur 67 cas, 7 cas étant d'âge inconnus).

Age	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	Total
Nombre de cas	2	5	16	24	15	5	67
Pourcent.	2,8 %	7,5 %	24 %	35,8%	22,3%	7,5 %	100 %

Nos chiffres sont voisins de ceux retrouvés par BAUMLER.

L'âge où s'observe le maximum de ruptures d'anévrysme dans le tube digestif se situe autour de la soixantaine. Mais en fait l'éventail d'âge s'étend essentiellement entre 51 et 80 ans.

En ce qui concerne l'âge par rapport à l'étiologie on peut noter que les sujets présentant un anévrysme syphilitique rompu dans le tube digestif sont

généralement beaucoup plus jeunes que les sujets dont l'anévrysme rompu dans le tube digestif est d'origine athéromateuse. Ici en effet sur 6 sujets syphilitiques 2 ont 31 ans, 2 ont 48 ans et seulement deux ont respectivement 60 et 61 ans.

Ces constatations ont aussi été faites par SCOTT mais à propos d'anévrysmes abdominaux en général.

d) Signes cliniques

1) Sur 74 cas, 43 ont présenté des douleurs. Le tableau N° VII reprend diverses caractéristiques de la douleur ressentie par ces sujets :

- Le temps écoulé entre le début des douleurs et le diagnostic ou le décès ("date de début" sur le tableau) est variable mais il s'échelonne généralement entre une semaine et 6 mois avec un maximum entre une semaine et un mois, mais il n'est pas rare que la douleur dure quelques années avant le diagnostic ou le décès, le cas extrême que nous avons relevé étant de 5 - 6 ans.

En fait il est souvent difficile de faire la part entre ce qui revient à une symptomatologie d'anévrysme et une affection digestive, par exemple un ulcère (observations de SKROMAIC, de NOWAK).

- Le siège de la douleur est indiqué sur le tableau n° VII. Il est variable ; abdominal sans autres précisions assez fréquemment, ou épigastrique ou, dorsolombaire, ou parfois atypique (ischialgie, douleurs au niveau de la vulve et du rectum). Les irradiations lorsqu'elles existent se font généralement vers le bas (flanc, hanches, cuisses, membres inférieurs) ; quelquefois ailleurs : région lombaire, base du thorax.

- Le type de la douleur ou son intensité (tableau n° VII) ne semble pas très caractéristique : crampes, brûlures, quelquefois douleurs très intenses.

On peut noter que dans certains cas la douleur ressentie par le malade a subi une modification peu de temps avant la rupture de l'anévrysme dans le tube digestif.

TABLEAU N° VII : Caractéristiques des douleurs des anévrysmes de l'aorte abdominale rompus dans le tube digestif.

Auteurs	Douleurs	Date de début	Siège	Irradiations	Type	Evolution
SALMON 1843	+	?	abdomen			
BAILEY 1891	+	2 ans	dorsale "lumbago "			
MANSON 1937	N.S.					
ROTTINO 1942	+	1 mois 1/2	épigastre			
HAUSMANN 1943	+	2 ans	vulve et rectum		névralgies	augmenten en intensi
MORISON 1944	+	3 mois	abdomen bilatéral			
SCOTT 1944						
PRATT-THOMAS 1944 (cas 1)	+	3 mois	épigastre	flanc droit et base thorac. droite	sourde	
" (cas 2)	+	4 mois	épigastre puis lombaire	flancs, hanches	permanente plus intense la nuit	
" (cas 3)	+	6 mois	abdomen		occasionnelles	
IRWIN 1945	+	?	épaules dos	M.I.	dos:étirements continus MI:foudroyant	
BALICE 1946	+	5 mois	épigastre		intense insupportable	augmentar en intensi
HUNT 1946	N.S.					
BAER 1948	+	2 mois	dos puis abdomen et épigastre		crampes abd. et épigastriques	
BARRETT 1949	+	5 mois	abdomen haut		gêne sans rap- port avec ali- mentation	
POMERANTZ 1949	+	3 sem.	abdomen à gauche		intense	
BALAKIAN 1950	0					

TABLEAU N° VII

Auteurs	Douleurs	Date de début	Siège	Irradiations	Type	Evolut
BAGNUOLO 1950	0					
ANTZIS 1951	0					
HIRST 1951 (cas 1)	0					
" (cas 2)	0					
" (cas 3)	+	1 an 1/2 ?	épigastre	région lombaire gauche	plus intense quand alité	
" (cas 4)	+	1 jour 1/2	épigastre			
" (cas 5)	+	3 sem.	abd.inf. gauche		brûlures	
" (cas 6)	+	2 mois 1/2	abd. sup. droit			
" (cas 7)	+	1 sem.	Abdomen		coliques	
" (cas 8)	+	5 sem.	abdomen			
HIRSCHOWITZ 1951 (cas 1)	+	4 mois	dos		permanentes	
" (cas 2)	+	14 mois	dos			
" (cas 3)	+	1 mois	-épigastre -dos	M.I.G. (fugitives)	brûlures	
FOLL 1956 (cas 1)	+	3 mois	abdomen médian		brûlures	
" (cas 2)	+	1 mois	abdomen bas	dos	intense sans rapport avec position	
HEBERER 1957						

TABLEAU N° VII

Auteurs	Douleurs	Date de début	Siège	Irradiation	Type	Evolution
ROSS 1957	+	3 ans	épigastre		post-pradiales	accroissement 1 mois av. DC
SKROMAK 1957 (cas 1)	+	2 mois 1/2	sus-pubienne (vessie pro- bablement)			
" (cas 2)	+	1 mois	abdomen haut gauche	quadran abd. G (à la palpation)	sourde ↗ à l'effort	abd.basse 1 veille DC
GARZON 1958 (cas 1)	+	2 sem.	MIG puis abd. quad. inf. droit	hanche gauche		
VOYLES 1958	+	5-6 ans	abdomen médian	0	intermittente	- aggravée depuis 6 mo très int. 3
PENDOWER 1959 (cas 1)	0					
SZUNYOGH 1959	0					
SMOLIK 1959						
GRESHAM 1959 (cas 1)	?					
" (cas 2)	+	3 sem.	lombaire bilatérale			
KUBOTA 1959 (cas 1)	+	9 mois	sous-sternale		améliorée par nitro-glycérine	reprise ré- cente de la douleur
" (cas 2)	+	3 sem.	abdomen maxi- mum en bas		intense	
" (cas 3)	+ -				à la palpation	
BAUMLER 1961	+	1 mois	abdomen			
CRUZ ANNON 1962	+					
DINAPOLI 1962	+	15 mois	abdomen	hanches et cuisses	aigues lors des hémodèmeses	

TABLEAU N° VII

Auteurs	Douleurs	Date de début	Siège	Irradiations	Type	Evoluti
LAW 1962	+		épigastre		provoquée (palpation)	
GARRETT 1963	-					
BELA 1963						
PATEL 1963						
PHILLIPS 1964	0					
MAYO.CLIN.PROC 1964	+	11 mois			symptomes ulcè- re gast.(non prouvé à l'int.)	
SCHMIDH 1965	+		ischialgie			
MINJEK de 1965 (cas 1)						
" (cas 2)						
FERGUSON 1966 (cas 1)	0					
" (cas 2)	+	2 sem.	abdomen lombes		crampes	
" (cas 3)	0					
" (cas 4)	?					
DIETRICH 1966 (cas 1)	+	13 mois	variable : -dos inf.et lombes -précordiales	cuisses ant. (testicule Dt et jambe dte)	dos:sourdes précordiales: brûlures	siège variab

TABLEAU N° VII

Auteurs	Douleurs	Date début	Siège	Irradiations	Type	Evolution
DONOVAN 1967						
MORONE 1968						
CHAPUIS 1968						
EADIE 1968	+	1 an	dorsale basse (1an) flanc gauche(2m.)			variation récente de siège
SEIFERTH 1969 (cas 1)						
" (cas 2)						
" (cas 3)						
" (cas 4)						
NOWAIC 1969						
ROUER 1972 (cas 2)	+	?	abdomen		"torsion"sans rythme ni péri- ocité	
" (cas 3)	?					

Plusieurs auteurs ont noté la survenue d'une douleur (abdominale lombaire) précédant une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale (LIPSHU et CHODOFF cités par HUNT et WELLER ; SKROMAK, O'NEILL, CICCONE et SNYDER

2) 58 sujets sur 74 ont eu des hémorragies digestives extérieures. 4 n'en eurent pas, et dans 12 observations l'hémorragie n'a pas été signalée.

Sur le tableau N° VIII ont été relevées les diverses caractéristiques de l'hémorragie digestive ainsi que l'existence ou non d'un syndrome de choc. Ainsi nous constatons plusieurs faits :

- Le temps écoulé entre le premier épisode d'hémorragie digestive (sur le tableau "1ère en date") et le diagnostic ou le décès est souvent court : sur 58 observations 11 sujets présentaient la première hémorragie un jour ou moins d'un jour, avant le décès. Sept de 24 à 48 heures (incluses) avant le décès ou l'intervention chirurgicale. Dix de 48 heures à une semaine avant le décès, huit entre une semaine et un mois avant le décès ou l'intervention. Il est beaucoup moins fréquent que la première hémorragie survienne d'un mois avant le diagnostic (ou le décès). Cependant une observation signale cas d'un sujet ayant présenté une hémorragie digestive 7 ans avant le décès. Il est possible que cette hémorragie n'ait pas été due à l'anévrisme, mais à une autre lésion digestive.

Signalons que, comme dans notre observation N° 3, l'hémorragie peut être foudroyante et non extériorisée avant le décès. La nécropsie seule permettant de découvrir une grande quantité de sang dans le tube digestif.

Un syndrome de choc plus ou moins marqué accompagne souvent l'hémorragie (tableau N° VIII).

De nombreux auteurs insistent sur le court délai entre la 1ère hémorragie digestive et le décès ou l'opération :

- VOYLES et MORETZ 27 % des hémorragies surviennent moins de 6 heures avant le décès ou l'opération, 14,3 % 6 à 24 heures, 46 % plus de 24 heures avant le décès ou l'opération.

TABLEAU N° VIII : Hémorragie digestive et choc.

	SALMON 1843	BAILEY 1891	MANSON 1937	ROTTINO 1942	HAUSMANN 1943	MORISON 1944
HEMATEMESE		+	0	+	+	+
1ère en date		8 jours		2 j.	qqs min.	qqs h.
Répétition		+ (1 fois)		+		+
Dernière en date		4 jours				
Quantité		≠ 1 litre (8 j.)				
MELAENA		+	+	+	+	0
1ère en date		8 j.	5 j.	1 ou 2 j.	3 sem.	
Répétition		0	+	+		
Dernière en date			N.S.			
Quantité		≠ 1 litre (8 j.)	abondante		abondante	
HEMORRAGIE DI- GESTIVE(ss.autre précision)						
1ère en date	"quelques jours"					
Répétition	+					
Dernière en date	N.S.					
Quantité	N.S.					
CHOC	+	+	+		+	+
sang ds le TD à la nécropsie	+	(estomac+intes- tin)	(gros intes. & portion grêle)		+	(estomac et grêle)

TABLEAU N° VIII

	SCOTT 1944	P R A T T - T (cas N°1)	H O M A S (cas N°2)	IRWIN 1945	BALICE 1946
HEMATEMESE		+	0	+	0
1ère en date		qqs heures		1 sem.	peu avant D
Répétition					
Dernière en date					
Quantité					abondante
MELAENA		+	+	+	+
1ère en date		juste avant DC	1 mois	1 sem.	5 j.
Répétition			+	+	
Dernière en date				modérée	
Quantité					
HEMORRAGIE DI- GESTIVE (sans autre indica.)	+				
1ère en date					
Répétition					
Dernière en date					
Quantité	abondante				
CHOC		+	anémie	+	(terminal)
Sang ds le TD à la nécropsie		(estomac + intestin)	(1500 ⁺ cc esto- mac & grêle)	+	(estomac+grê- le)

TABLEAU N° VIII

	HUNT 1946	BAER 1948	BARRETT 1949	POMERANTZ 1949	BALAKIAN 1950	BAGNUOLO 1950
HEMATEMESE	+	+	+	+	0	
1ère en date	5 h.	2 sem.	2 j.	8 h.		
Répétition	+(1 fois)		+	+ continu jus. DC		
Dernière en date			juste av.DC			
Quantité	abondante			abondante		
MELAENA	0	0	0	0	+	
1ère en date					24 h.	
Répétition					+	
Dernière en date						
Quantité						
MORRAGIE DIGES- VE (ss. autre précision)						
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
CHOC		pâleur	+	+	+	
Sang ds TD à la nécropsie	+(est. & grêle)			+	+	

TABLEAU N° VIII

	ANTZIS 1951	(cas n° 1)	H I R S T (cas n° 2)	1 9 5 1 (cas n° 3)	(cas n° 4)	HIRST 1 (cas n° 5)
HEMATEMESE	+	+	+	0	+	+
1ère en date	31 h.	20 h.	2 j.		1 j. 1/2	2 j.
Répétition			+			
Dernière en date						
Quantité	abondante					
MELAENA	+	+	N.S.	0	+	+
1ère en date	31 h.	20 h.			1 j. 1/2	2 j.
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
"HEMORRAGIES DIGESTIVES" (ss. autre précision)						
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
CHOC	+	+	+(juste av.DC)	+	+	+
Sang ds le TD à la nécropsie	(à partir du caecum)	(est. + duodénum)	(d'oesop. à rectum)	(est. + grêle caecum)	(côlon)	(gros intes.)

TABLEAU N° VIII

	H I R S T 1951 (cas n°6)	(cas n°7)	5 1 (cas n°8)	HIRSCHOWITZ 1951 (cas n°1)	(cas n° 2)	(cas n° 3)
HEMATEMESE	+	+	+	+	+	+
1ère en date	qqs j.	juste avant DC	juste avant DC	5 j.	9 j.	2 sem.
Répétition				+	+(1 fois)	
Dernière en date				2 j.	7 j.	
Quantité				abondante	moyenne	modérée
MELAENA	+	0	+	+	+	+
1ère en date	qqs j.		5 sem. av. DC	4 j.	9 j.	2 sem.
Répétition			+(continu)	+	+	+
Dernière en date				1 j.		2 h.1/2
Quantité						
MORRAFIE DIGESTI- (ss. autre préci- sion)						
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
CHOC		N.S.		+	+	+
Sang ds le TD à la nécropsie	+(côlon)	+(estomac)	+(est. et rec- tum)	+(tout TD)		+

TABLEAU N° VIII

	R O L L (cas n°1)	1956 (cas n°2)	HEBERER 1957	ROSS 1957	SKROMAK (cas n°1)	1957 (cas
HEMATEMESE	+	+		+	+	+
1ère en date	3 mois	2-3 j.		1 j.	1 j.	qqs
Répétition	+	+		+		
Dernière en date	juste av.DC					
Quantité					moyenne	
MELAENA	0	+		+	+	
1ère en date		qqs j.		1 an	juste av.DC	4 j.
Répétition						
Dernière en date						
Quantité					abondante	
HEMORRAGIE DIGES- TIVE			+			
1ère en date						
Répétition			+			
Dernière en date						
Quantité						
CHOC	anémie	+			+	+
Sang ds le TD à la nécropsie				+(est.,grêle)	+(estomac)	

TABLEAU N° VIII

	GARZON 1958 (cas 1)	VOYLES 1958	PENDOWER 1959(casn°1)	SZUNYOGH 1959	SMOLIK 1959	GRESHAM 1959(casn°1)
HEMATEMESE	+	+	+	+		?
1ère en date	qqs h.	moins de 24h.	3 mois 1/2	7 ans		
Répétition						
Dernière en date				qqs h.		
Quantité		500 cc				
MELAENA	+	0	+	+		?
1ère en date	4 j.		3 mois 1/2	7 ans		
Répétition						
Dernière en date				14 h.		
Quantité						
HEMORRAGIE DIGESTIVE (ss. autre précision)					+	
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
CHOC	+	+		+		?
Sang ds TD à la nécropsie	+	+(laparotomie)	+(laparotomie)	+(est.début intes.)		+(est.+ duodé.)

TABLEAU N° VIII

	GRESHAM 1959(cas 2)	KUBOTA (cas n°1)	1959 (cas n°2)	(cas n°3)	BAUMLER 1961	CRUZANNON 1962
HYMATEMESE	?	+	N.S.	+	+	+
1ère en date		1 mois 1/2		15 j.	qqs min.	
Répétition		+				+
Dernière en date		qqs h.				
Quantité						abondante
MELAENA	?	+	+	+	+	+
1ère en date		1 mois	qqs j.	qqs j.	3 j.	
Répétition						
Dernier en date						
Quantité						
HEMORRAGIE DIGESTIVE						
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
CHOC	?	+	+	+	+	
Sang ds TD à la nécropsie	+(est.début intès.)	+(2 l ds TD)	+(2 litres)	+(11.500)	+(estomac)	succès opé- ratoire

TABLEAU N° VIII

	DINAPOLI 1962	LAW 1962	GARRETT 1963	BELA 1963	PATEL 1963	PHILLIPS 1964
HEMATEMESE	+	+		+		+
1ère en date	14 mois	9 mois				qqe j.?
Répétition	+	+				
Dernière en date		peu avant opération				
Quantité						
MELAENA	+	+		+		0
1ère en date	14 mois	9 mois				
Répétition	+	+				
Dernier en date		peu av. opé- ration				
Quantité						
HEMORRAGIE DIGESTIVE			+			
1ère en date			24 h.			
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
CHOC	+	+				0
Sang ds TD nécropsie	DC pas de nécropsie	Succès opératoire	?			succès opératoire

TABLEAU N° VIII

	MAYO-CLIN-PR 1964	SCHMICH 1965	MINJER (cas n°1)	1965 (cas n°2)	FERGUSON (cas n°1)	1966 (cas n°2)
HEMATEMESE	+	+			+	0
1ère en date	6 mois				qqs h.	
Répétition	+					
Dernière en date						
Quantité		abondante				
MELAENA	+	+			+	0
1ère en date	1 mois				qqs h.	
Répétition	+					
Dernière en date						
Quantité					très abond.	
HEMORRAGIE DIGESTIVE			+	+		
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
CHOC						
Sang ds TD nécropsie						

TABLEAU N° VIII

	FERGUSON (cas n°3)	1966 (cas n°4)	DIETRICH 1966 (cas n°1)	DONOVAN 1967	MORONE 1968	CHAPUIS 1968
HEMATEMESE	0	0	0			
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
MELAENA	0	0	+	+		
1ère en date			10 mois	3 sem.		
Répétition			+			
Dernière en date			juste av. opération			
Quantité						
HEMORRAGIE DIGESTIVE						
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
CHOC		coma	+			
			(syncope)			
Sang ds TD nécropsie	+	+	succès opératoire	succès opératoire		

TABLEAU N° VIII

	EADIE 1968	S (cas n°1)	E I F E R T H (cas n°2)	1 9 6 9 (cas n°3)	(cas n°4)	NOWAK 1969
HEMATEMESE	0					
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
MELAENA	+					
1ère en date	2 mois					
Répétition	+					
Quantité						
Dernière en date						
HEMORRAGIE DIGESTIVE						
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
CHOC						
Sang ds TD nécropsie	+	anémie				

TABLEAU N° VIII

	SERVICE ANAT. de COCHIN (cas n°2)	PATHOLOGIQUE 1972 (cas n°3)				
HEMATEMESE	+					
1ère en date	2 j.					
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
MELAENA						
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
HEMORRAGIE DIGESTIVE		0				
1ère en date						
Répétition						
Dernière en date						
Quantité						
CHOC	arrêt card.	0				
Sang ds TD nécropsie	+	+(tout le TD)				

- FERGUSON et ARDEN signalent que l'hémorragie digestive n'est pas toujours foudroyante et que l'on observe des cas d'hémorragies lentes et intermittentes. Ces auteurs expliquent ces faits par l'existence de caillots pouvant servir de tampon au niveau de la fissuration, soit par une contraction du tube digestif autour de l'orifice de fistule (ce qui a été observé en per-opératoire par GARRETT), soit en invoquant une certaine pression dans le tube digestif.

L'examen du tableau N° III montre que l'évolution spontanée de l'anévrysme de l'aorte abdominale rompu dans le tube digestif se fait toujours vers la mort. Nous venons de constater que dans la plupart des cas, le temps qui s'écoule entre la première hémorragie digestive et cette évolution catastrophique est de quelques jours pendant lesquels il faut tout mettre en oeuvre pour arriver au diagnostic.

3) D'autres troubles peuvent accompagner l'anévrysme, en particulier des troubles digestifs : (tableau N° IX) nausées fréquentes, vomissements, éructations, dyspepsie, anorexie, sensation de distension abdominale. Il peut exister aussi une asthémie et un amaigrissement.

TABLEAU N° IX : Anévrysmes de l'aorte abdominale rompus dans le tube digestif : troubles divers (digestifs en particulier)

	Anorexie	Nausées Vomissements	Diarrhée	Amaigris.	Autres	Antécédents
SALMON 1843						
BAILEY 1891					convulsions	
MANSON 1937						
ROTTINO 1942						
HAUSMANN 1943					"cardiaque"	
MORISON 1944					troubles urinaires (6mois)	
SCOTT 1944						
PRATT-THOMAS 1944 (cas n°1)		nausées				
" (cas n°2)		vomiss. (1 sem.)			constipation importante	
" (cas n°3)					asthénie alitée dep. 6 mois	tuberculose
IRWIN 1945		vomiss. plusieurs mois			dysphagie	RAA ? (à 20ans)
BALICE 1946						gastro-entérotomie (2 mois av. DC)
HUNT 1946						arthrite (gonoc genou récente)
BAER 1948		vomiss.	+	+		carcinome estomac (nécropsie)

TABLEAU N° IX

	Anorexie	Nausées vomissements	Diarrhée	Amaigriss.	Autres	Antécédents
BARRETT 1949	+ depuis 5 m.					
POMERANTZ 1949						0
BALAKIAN 1950			+ (6 m. av.)		+ eructations	
BAGNUOLO 1950						
ANTZIS 1951		+ nausées			asthémie	HTA "cardiaque"
HIRST 1951 (cas n°1)						HTA
" (cas n°2)				+		
" (cas n°3)					fistule coe- cale dep. 14 a. (appendicect.)	
" (cas n°4)						
" (cas n°5)						traité pou ulcère dep. 17 ans
" (cas n°6)		+ depuis 2 m. 1/2	nausées vomiss. dep. 2m. 1/2		asthémie dep. 2 m. 1/2	HTA BW +
" (cas n°7)		vomiss. 1 sem.			somnolence 1 sem.	diabète
" (cas n°8)				+		
HIRSCHOWITZ 1951 (cas n°1)					dyspnée 4 m.	
" (cas n° 2)					distension abd. après ré- pas eructations	pneumonie 14 mois av
" (cas n° 3)	+			+		

TABLEAU N° IX

	Anoréxie	Nausées Vomiss.	Diarrhée	Amaigriss.	Autres	Antécédents
ROLL 1956 (cas n°1)		nausées				
" (cas n°2)		nausées				emphysème ulcère
HEBERER 1957						
ROSS 1957					hémorroïdes	ulcère pept. HTA paget déb.
SKROMAK 1957 (cas n°1)		nausées vomiss. qqs m.			dysphagie eructations qqs mois	résection phrénique D. "prostate"
" (cas n°2)					symptômes d'ul- cère duod. dep. 17 ans	
CARZON 1958 (cas n°1)						fièvre para- typhoïde réc. qqs sem
VOYLES 1958	+	nausées		+		diabète
	(10 mois.)	(10 mois)		(10 mois)		(4 ans)
PENDOWER 1959 (cas n°1)						
SZUNYOGH 1959					ulcus duod. dep. 7 ans? (non conf nécropsie)	pneumonie asthme I.C
SMOLIK 1959						
GRESHAM 1959 (cas n°1)						
" (cas n°2)					Paget osseux	
KUBOTA 1959 (cas n°1)					distension abd. modérée	
" (cas n°2)	+				asthémie vert. dist.abd.	
	(1 mois)					
" (cas n°3)		nausées (15 j.)			asthémie sensat.de pléni- tude abd. syncope 15 j.	

TABLEAU N° IX

	Anorexie	Nausées Vomiss.	Diarrhée	Amaigriss.	Autres	Antécéd.
BAUMLER 1961	+	nausées				-goutte -hépati- -ethyl.
CRUZ-AUNON 1962						
DINAPOLI 1962		nausées			asthémie claudic. inter- mittente	
LAW 1962		nausées			sensation de plénitude gastrique	
GARRETT 1963						
BELA 1963						
PATEL 1963						
PHILLIPS 1964						HTA prostatact
MAYO-CLIN-PROC. 1964					symptomes d'ulcère	
SCHMICH 1965					ischialgie claudication intermittente	
MINJER de 1965 (cas n°1)						
" (cas n°2)						
FERGUSON 1966 (cas n°1)						alcooliqu
" (cas n°2)		nausées				
" (cas n°3)					-dysphagie -arthrite inf.	
" (cas n°4)						

TABLEAU N° IX

	Anorexie	Nausées Vomiss.	Diarrhée	Amaigriss.	Autres	Antécédents
DIETRICH 1966 (cas n°1)						-infarctus myoc -tachycardie -doul. testicul
DONOVAN 1967						
MORONE 1968						
CHAPUIS 1968						
EADIE 1968	+ (2 mois)				asthémie (2 mois)	-prostatectomie -tuberculose apicale
SEIFERTH 1969 (cas n°1)						
" (cas n°2)						adénome prosta pyelonéphrite diabète
" (cas n°3)						
" (cas n°4)						tuberculose pu diabète
NOWAK 1969					symptomes d'ulcus pep- tique	
ROUER 1972 (cas n°2)					fièvre	hémiplégie adénome prost. éthyl.
" (cas n°3)					I.C.	insuffisance rénale

AU TOTAL

Ainsi que l'ont souligné PATEL et CORMIER les éléments du diagnostic comportent :

- la connaissance antérieure de l'anévrysme, ce qui est loin d'être le cas dans la plupart des observations que nous avons relevées.
- le terrain athéromateux.

L'examen physique d'un sujet âgé, athéromateux, présentant une hémorragie digestive, comportera un examen très soigneux de l'abdomen à la recherche d'une masse (tableau n° X). L'examen d'une éventuelle masse abdominale sera effectué avec prudence, sans brutalité, afin de ne pas précipiter ou aggraver la rupture (POMERANTZ)

Dans 36 cas sur 74 des observations que nous avons colligées (y inclus nos deux cas personnels) une masse abdominale a été trouvée ou bien l'anévrysme était déjà connu (laparotomie). Dans presque la moitié de ces 36 cas l'anévrysme ne fut découvert que un mois au moins, avant le décès ou le diagnostic de rupture, et même dans 14 cas la masse ne fut découverte qu'une semaine ou quelques jours avant le décès ou le diagnostic.

Moins fréquemment l'anévrysme était connu depuis plus longtemps (cas extrême 30 ans).

L'examen clinique de la masse abdominale permet dans un certain nombre de cas de percevoir une pulsation ou un souffle, plus rarement une expansion.

Dans de rares cas l'anévrysme augmente de volume ou n'est pas découvert lors d'une hospitalisation antérieure récente.

e) Le siège et le type de l'anévrysme sont indiqués sur le tableau N°III. On peut noter que celui-ci est souvent sacciforme.

TABLEAU N° X : Anévrysme de l'aorte abdominale rompus dans le tube digestif :
"masse" abdominale et ses caractères.

	Masse	Date de découverte	Siège	signes d'accompagnement	Evolution
ALMON 343	+	qqs h. av. DC	abdomen	pulsations	
ATLEY 391	+	2 ans	épigastre	pulsations souffle	↗ du volume progressive ré- cente
ANSON	+	5 j.	épigastre	pulsations	
ATTINO 442	+	1 m.	épigastre	pulsations souffle	↗ progressive du volume
AUSMANN 443	+	6 j.	épigastre gauche	pulsations expensive	
ORISON 444	+	3-4 mois	paraombilicale gauche	pulsations	
COTT 444					
RATT-THOMAS 44 (cas n°1)	+	3 mois ?	sus et para ombil. droite	pulsations	↗ volume
" (cas n°2)	+	1 sem.	sous-ombilicale	pulsations expensive	
" (cas n°3)	0				
WIN 445	0				
NT 446	N.S.				
ER 448	+	?	épigastre	pulsations expensive ?	
RRETT 449	+	qqs j.	ombilic	pulsation expension	
MERANTZ 449	+	2 j.	épigastre	expension ?	
LAKIAN 50	+	1 j.	sous-ombilic	troubles vasc. MIG (MID amputé antérieur	

TABLEAU N° X

	Masse	Date de découverte	Siège	Signes d'accompagnement	Evoluti
BAGNOLO 1950					
ANTZIS 1951	+	2 mois	abd. quad. sup. droit	0	
HIRST 1951 (cas n°1)	+	30 ans	abd. med.	-pulsations -expansion	
" (cas n°2)	+	qqs h.	para omb. Dte.	pulsations expansion ?	
" (cas n°3)	+	1 an 1/2	épigastre		
" (cas n°4)	+	1 j. 1/2	épigastre	pulsations	
" (cas n°5)	0				
" (cas n°6)	+	2 mois ?	abdomen sup. dt.	pulsations	
" (cas n° 7)	+	1 sem.	épigastre	pulsations expansion ?	
" (cas n° 8)	+	1 sem.	épigastre	pulsations	
HIRSCHOWITZ 1951 (cas n°1)	+	2 mois (découv. de 1'an. par lap. expl.)	Région ombil.	pulsations expansion	
" (cas n° 2)	0				
" (cas n°3)	0			pulsations épig. souffle	
ROLL 1956 (cas n°1)	0	an. découv. 1 sem. av. DC (laparotomie)	derrière		
" (cas n°2)	+	1 sem.	abd. haut à Dte	pulsations	
HEBERER 1957					

TABLEAU N° X

	Masse	Date de découverte	Siège	signes d'accompagnement	Evolution
SS 57	?	1 mois (soupçonnée)		pulsations	
ROMAK 57 (cas n° 1)	0				
" (cas n°2)	+	3sem. 1 mois	sous-ombil. G.	pulsations	
RZON 58 (cas n°1)	0				
YLES 58	0	24 h.?	para-omb. Dte	pulsations	
NDOWER 59 (cas n°1)	0				
UNYOGH 59	0				
OLIK 59					
ESHAM 59 (cas n°1)	?				
" (cas n° 2)	?				
BOTA 59 (cas n°1)	0				
" (cas n°2)	0				
" (cas n°3)	+	3 ans intervention	épigastre	pulsations	
MLER 1	0				
Z-ANNON 2					
APOLI 2	+	abdomen			

TABLEAU N° X

	Masse	Date de découverte	Siège	Signes d'accompagnement	Evolution
LAW 1962	0				
GAPRETT 1963					
BELA 1963					
PATEL 1963					
PHILLIPS 1964	+	1 an	abd. quadr. sup. G.	pulsations	
AYO-CLIN-PROC 1964	0				
SCHMICH 1965					
MINJER de 1965 (cas n°1)	+		abdomen	pulsations	
" (cas n°2)			abdomen	pulsations	
FERGUSON 1966 (cas n°1)	0				
" (cas n°2)	+				
" (cas n° 3)	+		abdomen	pulsations	
" (cas n°4)					
DIETHRICH 1966 (cas n°1)	+ (?)	4 mois			
DONOVAN 1967					
MORONE 1968					

TABLEAU N° X

	Masse	date de découverte	Siège	Signes d'accompagnement	
CHAPUIS 1968					
EADIE 1968	+			pulsations	
SEIFERTH 1969 (cas n°1)	+			pulsations	
" (cas n°2)					
" (cas n°3)					
" (cas n°4)					
TOWAK 1969					
SERVICE ANAT. PATHOL de COCHIN 1972 (cas n°2)	0				
" (cas n°3)		an. découvert il y a 1 an lors d'une int. chi.			

TABIEAU N° XI : Anévrysme de l'aorte abdominale

Siège de la rupture (sur 74 cas).

	Nombre de cas	Pourcentage
Estomac	4	5 %
"Duodénum" sans autre précision	21	30 %
D ₁	2	2,5 %
D ₂	3	4 %
D ₃	35	47 %
D ₄ et angle duodénojejun.	5	6 %
Jejunum	2	2,5 %
Iléon	1	1 %
Côlon	1 (perforé aussi ds D ₃)	1 %
Rectum		
"Tube digestif" (ss. autre précision)	1	1 %
TOTAL	74	100 %

f) Le siège de la rupture de l'anévrysme figure sur les tableaux N° III et XI où ressort que ces anévrysmes se rompent essentiellement (83,5 % des cas) dans le duodénum. Dans cette localisation c'est le troisième duodénum qui est le plus fréquemment le siège de la rupture (47 % des cas), comme dans nos deux cas personnels.

La fréquence relative de la rupture dans le duodénum est soulignée par de nombreux auteurs (VOYLES et MORETZ ; GRESHAM et JONSON ; BAUMIEL ; FERGUSON et ARDEN ; DIETRICH ; CAMPBELL et BRANDT) .

g) Fréquence de la rupture dans le tube digestif d'un anévrysme aortique, le tableau N° III indique le nombre de cas d'anévrysmes rompus dans le tube digestif connu par chaque auteur lors de sa publication. Il en ressort que l'hémorragie digestive consécutive à une rupture d'anévrysme de l'aorte est assez rare.

C / ARTERE HEPATIQUE ET SES BRANCHES

26 observations ont été relevées dans la littérature (y inclus notre observation n° 1)

Les différentes caractéristiques de l'anévrysme, de l'artère hépatique et de ses branches, rompus dans le tube digestif (choledoque en particulier) ont été consignés sur les tableaux suivants n° XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII.

COMMENTAIRES ET SYNTHESE

a) Le sexe

On peut noter les faits suivants sur les 26 observations (tableaux n° XII et XIII)

Tableau n° XII

Sexe	Nombre de cas
Masculin	11
Féminin	10
Non précisé	5
TOTAL	26

TABLEAU N° XIII : Anévrysmes de l'artère hépatique rompus dans le tube digestif.

	GORDON - TAYLOR 1943	QUATTLEBAUM 1954 (cas n°1)	(cas n°2)	SHERIDAN 1956	PENDOWER 1959 (cas n° 2)	JESSEPH 1960
Hémorragie digestive	+	+	tube ⁺ en T 1 j.	+	+	+
	H+M (1 mois)	(tube en T qqs j.)		H+M(2sem.)	H+M (qqs j.)	H+M (15j)
Douleurs	+	+		+	+	+
Ictère	0	+	+	+		+
Choc	+	+		+	+	
Fièvre	N.S.		+	0		+
Autres signes	0	toux		- nausées -vomiss.	- amaigriss; - anoréxie	
Antécédents	.douleurs .troubles digestifs	.ictère .cholecystec- tomie	.lithiase :ictère -cholecys- tectomie	. plaie par balle	éthylisme	.cholescys- tect. .cystadenome
Siège de l'ané- vrysme	art. hép. propre	art. hep. propre	art. hép.	art. hép. droite	art. hép.	faux ané. art.hép. Dt
Siège de la rupture	vésicule biliaire	cholédoque	cholédoque	vésicule biliaire	D ₁	cholédoque
Etiologie	infection			traumatique		trauma opé.
Age	61	56	78	27	58	61
Sexe	F	F	M	M	M	F
Traitement et évolution	inter. chirurg.	DC	DC	inter. chir. succès	DC	inter.chir. succès
Durée d'évol. av. Dg ou DC	1 mois	2 mois	1 mois	2 sem.	1 mois	?

TABLEAU N° XIII

	CRAPULLIN 1962	LEMOS 1962	BENEDETTI 1964	BRADLY 1964	TETREAUCT 1965	ZOLLINGER 1966
Hémorragie digestive	+	+	+ H+M (peu de temps)	+ H+M(12 h.)	+ M(4mois)	+ H (16 j)
Douleurs	+	+	+	+	+	+
Ictère	+	+			+	
Choc			+		+	+
Fièvre	N.S.		N.S.		+	
Autres signes				nausées	nausées asthémie sueurs	pyrosi nausée
Antécédents			.crises doulou. .pesenters épigastriques	ulcère	cholécys- tectomy	lithias bilial
Siège de l'anévrysme	art. hép. br. gauche	art. hép. droite	art. cystique	art.gastro- épiploïque droite	art.hép. br. dte.	art. gas duodéna
Siège de la rupture		cholédoque	duodénum	estomac	cholédoque	D ₁
Etiologie		Σ			athérome	athérom
Age	57		34	64	76	68
Sexe	M		F	M	F	F
Traitement et évolution		DC	DC	inter. succès	DC	inter.o succ
Durée d'évol.av. Dg ou DC			peu de temps	1 jour	4 mois	16 j

TABLEAU N° XIII

	GUIDA (cas n°2)	1966 (cas n°3)	(cas n° 5)	RAWA 1968 (cas n°1)	(cas n°2)	RANNIGER 1968
Hémorragie digestive	+	+	+	+	+	+
	10 mois	qqs mois	1 mois			
Douleurs	N.S.	N.S.	+			
Ictère	0	N.S.	+			
Choc		+				
Fièvre						
Autres signes						
Antécédents	lithiase biliaire et du cholédoque	cholecystectomie récente	cholécystectomie pour lithiase			endocardite bactérienne
Siège de l'anévrysme	art. hép. commune	art. hép. droite	art. hép. commune			art. hép. droite
Siège de la rupture	duodénum	cholédoque	cholédoque			
Etiologie		traumatisme				infectieuse
Age	73	65	54			
Sexe	M	M	F			
Traitement et évolution	DC	DC	DC			
Durée de l'évol. Av. Dg ou DC	10 mois	qqs mois	1 mois	DC	DC	

TABLEAU N° XIII

	JESIPOWICZ 1968	WINCHESTER (cas n° 1)	1970 (cas n°2)	Mc LACHLIN 1970	SANDBLOM 1970	HUGNES 1970	LATASTE 1971
Hémorragie digestive	+	+ H+M(2sem)	0	+	+ H	+ M (qqs j.)	+ H (4j.)
Douleur		+	+	+	+	+	+
Ictère		+	+	+		N.S.	+
Choc					+	+	
Fièvre			+			+	+
Autres signes		Asthénie vertiges	asthénie anorexie nausées vomiss.			nausées	vomiss. amaigris
Antécédents		trauma. abdo.	lithiase cholécyst- ectomie	cholécystec.	cholecyst. pancréat. K.estomac		
Siège de l'anévrysme	art.hép. Dte	art. hép. Dte	art. hép. Dte	art. hép. Dte	art. hép. commune	art. hép. gauche	branche tra-hép. (ané.mu)
Siège de la rupture		cholédoque	cholédoque	duodénum	canal pancréat.	cholédoque	
Etiologie	traumat.	trauma		trauma			
Age		25	37	52	73	67	25
Sexe		M	F	F	M	F	M
Traitement et évolution	ligature succès	inter.ch. succès	inter.ch. succès	inter.chir. succès	DC	Inter. succès	inter. succès
Durée évol. av. DG ou DC		6 sem.	qqs j.			qqs j.	1 mois

TABLEAU N° XIII

	SERVICE ANATOMIE-PATHOLOGIQUE DE COCHIN 1972
Hémorragie digestive	+
Douleurs	+
Ictère	+
Choc	+
Fièvre	+
Autres signes	-nausées -vomissements -éructations
Antécédents	
Siège de l'anévrysme	art. hép.
Siège de la rupture	cholédoque
Etiologie	athérome ?
Age	66 ans
Sexe	M
Traitement et évolution	DC
Durée d'évol. av. Dg ou DC	

Pour GORDON-TAYLOR, il existe une prédominance du sexe masculin (anévrysme de l'artère hépatique 3 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme).

b) L'étiologie (voir tableau suivant)

Tableau n° XIV

Etiologie	Nombre de cas
Athérome	3
Infections non spécifiques	2
Syphilis	1
Traumatisme	6
Lithiase biliaire	
Inconnues ou diffi- ciles à affirmer	14
TOTAL	26

(Note : sur ce tableau, dans la rubrique "traumatisme", nous incluons les anévrysmes post-opératoires).

On peut noter la fréquence de la lithiase biliaire associée (tableau n° XIII) ou d'une intervention antérieure sur les voies biliaires. Dans ces derniers cas, il semble que parfois l'anévrysme soit secondaire à l'acte chirurgical et que dans d'autres cas, l'anévrysme très petit pouvait préexister à l'intervention et rester méconnu lors de celle-ci. Il est fort possible que parfois des troubles liés à l'existence de l'anévrysme aient conduit à la cholecystectomie.

Pour SHERIDAN, GUIDA et MOORE l'étiologie la plus fréquente est l'infection, ensuite viennent l'athérosclérose, la cholecystite et la cholelithiase, le traumatisme et la syphilis et de multiples causes rares (abcès du foie, tuberculose, PAN....).

c) L'âge.

Le tableau suivant (n° XV) illustre le nombre de cas d'anévrysmes de l'artère hépatique et de ses branches, rompus dans le tube digestif (ou les voies biliaires) par tranche d'âge :

Tableau n° XV

Age	Nombre de cas
21-30	3
31-40	2
41-50	0
51-60	5
61-70	7
71-80	4
Non précisé	5
TOTAL	26

On remarque le large éventail d'âges avec cependant une prédominance pour les sujets âgés.

Pour GUIDA et MOORE, cet anévrysme survient de 10 à 83 ans.

Pour GORDON-TAYLOR, l'âge moyen de l'anévrysme de l'artère hépatique est de 36 ans pour les hommes et de 42 ans pour les femmes.

d) SIGNES CLINIQUES

Les signes cliniques sont ici particuliers du fait que la rupture de l'anévrysme se fait dans les voies biliaires le plus souvent.

Il se produit une hémobilie dont les symptômes sont soulignés par SANDBLOM :

Primaires

- 1) Hémorragie gastro-intestinale :
 - a) hématemèse
 - b) méloena (parfois occulte)
- 2) Colique biliaire
- 3) Obstruction biliaire
 - a) ictère
 - b) dilatation de la vésicule biliaire

Secondaires

- 1) Choc
- 2) Douleurs sourdes
- 3) Fièvre

Les différents signes cliniques relevés dans la littérature (25 observations) et dans notre unique observation ont été groupés sur le tableau n° XIII.

1) L'hémorragie digestive ne manque que dans un cas ici. Il peut s'agir d'hématémèse(H), de maloema(M) associés ou non, ou de l'hémorragie par un tube en T dans des suites immédiates post-opératoires (anévrisme non vu à l'intervention).

Parmi les 25 observations (sur 26), où il y avait une hémorragie, celle-ci a débuté dans le mois qui a précédé le diagnostic ou le décès dans 13 cas et dans la semaine ayant précédé le diagnostic ou le décès dans 7 cas. (Dans 9 observations sur 25 la date de la première hémorragie n'a pas été signalée).

L'hémorragie peut s'accompagner d'un syndrome de choc (tableau n° XIII).

2) Les douleurs sont signalées dans 19 cas sur 26.

Le siège de la douleur est souvent épigastrique ou au niveau du quadrant supérieur droit de l'abdomen. (GUIDA et MOORE)

Elles peuvent être soit aiguës, soit vagues ou réaliser des crampes. Les irradiations sont peu souvent mentionnées (vers le côté droit ou vers le dos).

Il n'y a pas de rapport avec l'ingestion d'aliments.

3) L'ictère est signalé dans 13 des 26 observations. Mais quelques unes de ces observations sont assez peu détaillées.

L'ictère est la conséquence soit de la compression par l'anévrysme des voies biliaires, soit de l'obstruction des voies biliaires par des caillots sanguins.

4) D'autres signes peuvent s'observer : fièvre, nausées, vomissements, éructations, anorexie, asthémie, amaigrissement, beaucoup moins caractéristiques.

En fait de nombreux auteurs (GORDON-TAYLOR, SHERIDAN, GUIDA et MOORE, SANDBLOM) insistent sur la triade symptomatique : hémorragie, douleur, ictère que l'on observe (plus ou moins au complet) lors d'une rupture d'anévrysme de l'artère hépatique dans les voies biliaires.

Certains de ces signes peuvent faire défaut, en particulier lorsque l'anévrysme se rompt dans une autre portion du tube digestif.

e) La découverte d'une masse abdominale est rare.

f) Siège de l'anévrysme (tableau n° XVI)

Nous remarquons que 11 cas sur 26 cas d'anévrysmes de l'artère hépatique rompus dans le tube digestif siègent sur la branche droite.

Tableau n° XVI

Siège de l'anévrysme	Nombre de cas
Artère hépa. commune	3
Artère hépa. propre	1
Branche droite	11
Branche gauche	2
Artère cystique	1
Art. gastroduodénale	1
Art. gastroépiploïque	1
Anévrysmes multiples	1
Siège exact non précisé	5
TOTAL	26

Cette constatation n'est pas en accord avec celle de GUIDA et MOORE et avec celle de SHERIDAN pour lesquels l'anévrysme de la branche droite si elle est fréquente, l'est cependant moins que l'anévrysme de l'artère hépatique commune ou de l'artère hépatique propre. Par contre, pour les mêmes auteurs l'anévrysme de l'artère hépatique gauche est beaucoup moins fréquent que celui de l'artère hépatique droite.

g) Siège de la rupture (Tableau n° XVII)

Siège	Nombre de cas
Vésicule biliaire	2
Choledoque	11
Duodénum	5
Canal pancréatique	1
Estomac	1
Non signalé	6
TOTAL	26

On constate ici que l'anévrysme de l'artère hépatique lorsqu'il se rompt dans le tube digestif le fait souvent par l'intermédiaire des voies biliaires (13 observations sur 26).

Pour GORDON-TAYLOR, 80 % des anévrysmes de l'artère hépatique se manifestent par la rupture; la moitié dans la cavité péritonéale, plus d'un tiers dans les voies biliaires, d'autres dans le duodénum ou dans l'estomac. Ces chiffres sont voisins de ceux de SHERIDAN et de GUIDA et MOORE qui signalent en outre la rupture dans la veine porte.

h) Une radiographie sans préparation peut montrer des calcifications.

- Enfin il faut insister sur le fait que le diagnostic d'anévrysmes de l'artère hépatique ou de ses branches peut être très difficile (même au cours d'une laparotomie) du fait de sa petite taille ou de son siège intrahépatique. C'est pourquoi il faut insister sur l'importance de l'artériographie sélective pour le diagnostic (BOUSKELA; NAUDIN....). De même que pour l'anévrysme de l'aorte, l'évolution de l'anévrysme de l'artère hépatique rompu dans le tube digestif se fait spontanément et rapidement vers une issue fatale si le diagnostic n'est pas fait dans les brefs délais.

D / ARTERE SPLENIQUE : étude de 11 observations de la littérature.

Les différentes caractéristiques de l'anévrysme de l'artère splénique rompu dans le tube digestif sont figurées sur le tableau n° XVIII.

a) Le sexe (tableau XVIII et XIX)

On note une répartition égale pour le sexe masculin et féminin.

Pour OWENS et COFFEY, l'anévrysme de l'artère splénique atteint surtout les femmes.

b) L'étiologie

L'athérosclérose, les maladies congénitales vasculaires, les embolies, les traumatismes, la syphilis, l'hypertension portale, ont été invoqués par divers auteurs, mais la plupart insistent sur l'importance de la grossesse comme facteur de rupture. Cependant dans ce dernier cas la rupture se fait généralement dans la cavité péritonéale.

TABLEAU N° XVIII - : Anévrysmes de l'artère splénique rompus dans le tube digestif (11 cas)

	WEST 1885	BAUMGARTNER 1924	ROUX 1954	GRISCOM 1963	BOTTIGLIER 1964	ROHNER 1967
Hémorragie digestive	+	+	+	+	+	+
Douleurs			+	+	+	+
Autres signes	asthénie		amaigriss.	pâleur obésivité	anorexie aérophagie vomissements	
Antécédents			syphilis	lithiase bil. cholecystect.	ulcus duod. (gastrectomie)	
Siège de la rupture	estomac	estomac		estomac	estomac	canaux excréteurs du pancréas
Etiologie					athérome ?	
Age	56	48	46	64	43	
Sexe	M	F	M	F	M	
Traitement et évolution	DC	DC	DC	int. chir. succès	DC	int. chir. succès

TABLEAU N° XVIII : Anévrysmes de l'artère splénique rompus dans le tube digestif. (11 cas)

	MARQUAND 1968	SANDBLOM (2ème cas)	1970 (3ème cas)	PUGEDA 1970	HOOTKIN 1970
Hémorragie digestive	+	+	+	+	+
Douleurs		+			+
Autres signes		ictère	. gastrite . anorexie		
Antécédents	H T A	alcoolisme	. digestifs . anémie	.ulcère gast. . pancréatite .cholecystec.	
Siège de la rupture		canaux pancré- atiques		estomac	estomac
Etiologie					
Age	45	51	69	49	62
Sexe	F	M	F	M	F
Traitement et évolution		Inter.chir. succès	inter. chir. succès	inter.chir. succès	inter. chir. succès

Tableau n° III : Anévrysmes de l'artère splénique

Nombre de cas par sexe :

Sexe	Nombre de cas
Masculin	5
Féminin	5
Total	10

Tableau n° IV :

Le point de rupture de l'artère se situe entre

et

Tableau n° V : Nombre de cas par tronc aigé :

Tronc	Nombre de cas
1-2	5
2-3	5
3-4	2
Total	12

Tableau n° VI :

1) La fréquence de l'anévrysme est constante, retrouvé dans les
cas masculins, et il n'y a pas de préférence d'âge.

2) La fréquence de l'anévrysme est constante, retrouvé dans les
cas masculins, et il n'y a pas de préférence d'âge.

3) La fréquence de l'anévrysme est constante, retrouvé dans les
cas masculins, et il n'y a pas de préférence d'âge.

e) Siège de la rupture de l'anévrysme (11 observations).

Dans 6 cas, la rupture s'est faite dans l'estomac, dans 2 cas dans le canal pancréatique et dans 3 cas, le siège de la rupture n'a pas été signalé.

Selon OWENS et COFFEY (94 cas), la rupture se fait essentiellement dans le péritoine (36) et un peu moins souvent dans le tube digestif (estomac, colon, pancréas).

f) Au total, de nombreux auteurs (OWENS et COFFEY) insistent sur l'importante mortalité de l'anévrysme de l'artère splénique rompu (76 %).

On insiste actuellement sur l'importance de l'artériographie sélective dans les hémorragies digestives inexpliquées, car cet examen permet de visualiser l'anévrysme.

E / ARTERE GASTRIQUE (Tableau n° XXI).

Nous avons relevé dans la littérature 6 observations :

a) On retrouve l'hémorragie digestive dans les 6 cas. Celle-ci ayant débuté chez 2 des 6 malades, moins d'une semaine avant le décès. Un autre avait présenté une hématemèse 15 ans auparavant (ulcère ?) et il resaignait depuis 8 semaines.

b) Par ailleurs sur ce petit nombre d'observations recueillies peu de signes cliniques paraissent caractéristiques : douleur observée une fois, choc une fois, fièvre, distention de l'épigastre...

c) L'étiologie

Dans 4 cas, l'anévrysme a été considéré comme athéromateux.

d) La rupture se fait dans tous ces cas ici dans l'estomac.

e) Le diagnostic peut être aidé par une radiographie simple de l'abdomen qui peut montrer une masse calcifiée ou par un transit gastrique.

Comme pour les autres branches de l'aorte abdominale, il faut insister ici sur l'importance de l'artériographie sélective pour le diagnostic d'un anévrysme de l'artère gastrique (NAUDIN; PUGEDA et HINSHAW).

TABLEAU N° XXI : Anévrysmes de l'artère gastrique rompus dans le tube diges

	BIANCHEDI 1937	MILLARD 1955	MANDELBAUM 1962	GARRIZ 1964
Hémorragie digestive	+	+	+	+
Douleurs			+	
Autres signes	fièvre dyspnée		- TA - pâleur - dist. épigastre	
Antécédents	alcoolisme gastrite			
Siège de l'anévrysme	petite branche sous muqueuse	branche distale (face post. est.)	intramural	coronaire stomachique
Siège de la rupture	estomac	estomac	estomac	estomac
Etiologie		athérôme	athérôme	
Age	40	46	66	73
Sexe	M	M	M	F
Traitement et évolution	DC	DC	int. chir. succès	

+ deux cas de BITOT E. et PAPIN E. (1912) : Hématémèses considérés comme la conséquence d'une athérosclérose gastrique.

F / ARTERE ILIAQUE PRIMITIVE

(2 cas relevés dans la littérature) : Tableau n° XXII.

Il s'agit dans les deux cas d'hommes sexagénaires ayant présentés des hémorragies digestives, l'un depuis 15 jours avant le décès, et l'autre seulement quelques heures avant le décès (hématémèse + méloena). Dans un des cas l'étiologie était l'athérosclérose, dans l'autre cas probablement une infection.

L'un s'est rompu dans le troisième duodénum et l'autre présentait une double rupture à la fois dans le troisième duodénum et dans l'iléon.

G / Les auteurs insistent sur la nécessité qu'il y a à intervenir rapidement sur ces anévrysmes avant qu'il ne soit trop tard.

Les techniques opératoire dépendent de la localisation de l'anévrysme, de son étendue, des collatérales, des territoires irrigués,.... Les observations d'anévrysmes opérés se multiplient depuis quelques années (PATEK et CORMIER ; GUIDA et MOORE ; ROHNER ; WINCHESTER ; SEED ; BERGAN et CONN ; SOYER;).

Tableau n° XXII : Anévrysmes de l'iliaque primitive
rompus dans le tube digestif.

	ABRAMSON 1955	GARZON 1958
Hémorragies digestives	+	(cas n° 2) +
Douleurs	+	+
Autres signes	- nausées - vomissements	
Antécédents	- dyspepsie - amaigrissement	Ulcère gastrique
Siège de l'anévrysme	iliaque primitive droite	iliaque primitive gauche
Siège de la rupture	D ₃	D ₃ et iléon
Etiologie	Athérome	infectieuse
Age	68	66
Sexe	Masculin	Masculin
Traitement et évolution	Décès	Décès

C O N C L U S I O N

La rupture d'anévrysme artériel dans le tube digestif, quel que soit le siège de cet anévrysme, se traduit dans la grande majorité des cas par une hémorragie digestive ; l'étiologie anévrysmale de cette hémorragie est, fait très important, souvent méconnue.

Cette hémorragie digestive présente quelques particularités :

- elle peut s'extérioriser par une hématemèse, ou par un meloena, ou par les deux associés ; enfin par un drain de Kehr (après intervention sur les voies biliaires).
- elle est rarement cataclysmique d'emblée, la première hémorragie pouvant précéder de quelques jours, voire quelques semaines ou mois, l'épisode terminal.
- suivant le siège de l'anévrysme causal, en cas de rupture de l'aorte abdominale, elle s'observe chez un homme âgé, athéromateux ; elle s'accompagne, en cas de rupture de l'artère hépatique dans le cholédoque, d'une douleur et d'un ictère réalisant la classique triade symptomatique de l'hémobilie :
 - hémorragie.
 - douleur.
 - ictère.

Le site de l'hémorragie dans le tube digestif, dépend en général du siège anatomique de l'anévrysme rompu ; ainsi :

- l'anévrysme de l'aorte thoracique se rompt de préférence dans l'oesophage
- celui de l'aorte abdominale dans le duodénum et en particulier dans le troisième duodénum.
- l'anévrysme de l'artère hépatique se rompt le plus souvent dans le cholédoque.

- l'artère coronaire stomachique et ses branches, ainsi que l'artère splénique se rompant essentiellement dans l'estomac.

Cependant d'autres portions du tube digestif peuvent être intéressées par la rupture de l'anévrysme artériel : intestin grêle, canaux pancréatiques, côlons,.....

Enfin il est à noter que l'exploration chirurgicale peut quelquefois passer à côté d'une rupture d'anévrysme artériel du fait de sa taille, ou de sa situation anatomique ; c'est alors que l'artériographie sélective devient particulièrement utile.

Ainsi, devant toute "hémorragie digestive inexpliquée", faut-il toujours penser à la possibilité d'une rupture d'anévrysme artériel et mettre en oeuvre immédiatement les moyens diagnostic et thérapeutiques appropriés. Malheureusement, l'état précaire des malades peut être un obstacle à une bonne exploration, et diminuer leurs chances de guérison.

Lu et approuvé,
Le Président de thèse
Professeur H. BRICAIRE

Lu et approuvé,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Cochin Port-Royal,
F. DELBARRE

Vu, et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET .



B I B L I O G R A P H I E

- ABRAMSON P.D. , JAMESON J.B.
Rupture of iliac anevrysm into duodenum. An unusual cause of upper gastrointestinal hemorrhage.
Arch. Surg. 71 : 658 - 661 1955
- ANTZIS E. , DUNN J. , SCHILERO A.J.
Rupture of abdominal anevrysm into the gastrointestinal tract.
Amer J Med 11 : 531 - 534 1951
- BAER S. , LOEWENBERG S.A.
Aortic anevrysm simulating organic disease of the gastrointestinal tract.
Gastroenterology 10 : 617 - 625 1948
- BAGNUOLO W.G. , BENNETT H.D.
Non traumatic aortic perforations into gastrointestinal tract.
Review of the literature and report of an unusual case.
An heart J 40 : 784 - 788 1950
- BAILEY . . .
Notes on a case of anevrysm of the abdominal aorta.
Lancet 2 : 12 - 13 1891
- BALAKIAN C. , RYAN C. , PERKEL L.L.
Gastrointestinal hemorrhage due to ruptured abdominal aortic anevrysm
Amer J. dig Dis 17 : 408 - 409 1950
- BALICE G.
Aneurisma dell'aorta addominale con sintomatologia dolorosa acuta. Rottura nel duodeno e morte quasi immediata dell'infermo.
Policlinico (Sez-chir) 53 : 257 - 264 1946
- BARRETT G.M.
Haematemesis following intraduodenal rupture of anevrysm.
Brit Med J 2 : 319 1949

- BAUMGARTNER E.A. , THOMAS W.S.
Anevrysm of the splenic artery.
Surg gynec Obstet 39 : 462 - 471 1924
- BAUMLER R.A.
Arteriosclerotic abdominal aortic anevrysm rupturing into the intestine.
JAMA 176 : 146 - 147 1961
- BEJA P. , PAVEL L.
A case of abdominal aortic anevrysm perforating into the duodenum (rum)
Med Intern (Bucur) 15 : 345 - 348 1963
- BENEDETTI - VALENTINI S.
Su di un caso di emorragia gastroenterica da rottura in duodeno di una formazione aneurismatica del moncone dell'arteria cistica.
- BIANCHEDI A.
Contributo anatomico alla conoscenza degli aneurismi gastrici.
Gior Clin Med 18 : 19 - 28 1937
- BISMUTH H.
Les hémobilies et leurs causes.
Ann chir 20 : 317 - 358 1966
- BITOT E. , PAPIN F.
Les hématémèses par arteriosclèrose gastrique.
Gaz hebdomadaire de médecine Bordeaux 33 : 339 - 343 1912
- BLAKEMORE A.H.
The clinical behavior of arteriosclerotic anevrysm of the abdominal aorta. A rational surgical therapy.
Ann Surg 126 : 195 - 207 1947
- BOTTIGLIERI N.G. , PALMER E.D. , YLITALO E.W.
Rupture of a splenic artery anevrysm into the stomach.
Gastroenterology 46 : 474 - 476 1964
- BOURRET M. , LAUNOIS B. , SIMON M. , PAWLITSKY Y. , FERRAND B. , LEFOULON T.
Les anévrysmes de l'artère hépatique. A propos d'un cas à loca-

lisations multiples.

Sem Hôp 46 : 528 1970

- BOUSKELA R.

Les anévrysmes du tronc coeliaque et de ces branches hépatique et splénique.

Thèse n° 871 (imprimée) Paris 1958

- BRADLY R.L.

Gastric hemorrhage due to ruptured anevrysm.

Amer J Surg 108 : 431 1964

- CALLEDA D.G. , URICCHIO J.F.

Gastrointestinal hemorrhage due to rupture of aortic anevrysm into the esophagus.

J A M A 153 : 548 - 549 1953

- CHAPUIS Y.

Incidence gastro-enterologique et urologique des anévrysmes de l'aorte abdominale.

J CHIR (Paris) 95 : 203 - 210 1968

- CRUZ AUNON J. , RIVERA LOPEZ R. , PERA JIMENEZ C.

Anevrismo de aorta abdominal perforado en duodeno

Hisp Med 19 : 217 - 222 1962

et Rev Clin Esp 86 : 44 - 47 1962

- DIETRICH E.B. , CAMPBELL D.A. , BRANDT R.L.

Gastrointestinal hemorrhage. Presenting symptom of aortoduodenal fistulization.

Amer J Surg 112 : 903 - 907 1966

- DINAPOLI R.P. , SCHIRGER A. , KIRKLIN J.W.

Abdominal aortic anevrysm with bleeding into the gastrointestinal tract. Report of case.

Mayo CLi proc 37 : 354 - 357 1962

- DONOVAN I.J. , BUCKNAM C.A.

Aorto-enteric fistula.

Arch Surg (Chicago) 95 : 810 - 820 1967

- EADIE D.G. , POLLOCK D.J.
A complicated aortoduodenal fistula. A case report.
Brit J Surg 55 : 314 - 317 1968
- FERGUSON M.J. , ARDEN M.J.
Gastrointestinal hemorrhage secondary to rupture of aorta.
A review of four duodenal and three esophageal cases.
Arch Intern Med (Chicago) 117 : 133 - 140 1966
- GARRETT H.E. , BEALL A.C. Jr , JORDAN G.L. Jr , DEBAKEY M.E.
Surgical considerations of massive gastrointestinal tract
hemorrhage caused by aortoduodenal fistula.
Amer J Surg 105 : 6 - 12 1963
- GARRIZ R. , SCHVARZER A. , LEMBERG A.
Tres casos no comunes de hemorragias masivas altas del aparato
digestivo.
Prensa Med Argent 51 : 1585 - 1587 1964
- GARZON F.L. , WILSON J.S. , GUNTER J.U.
Anevrisms with double rupture into the digestive tract.
Report of two cases.
Gastroenterology 34 : 509 - 514 1958
- GORDON - TAYLOR G.
Rare cause of severe gastrointestinal hemorrhage with note on
aneurysm of hepatic artery.
Brit Med J 1 : 504 - 505 1943
- GRAPULIN G. , VECCHIONI R.
Singolare caso di emobilia per rottura di probabile aneurisma
del ramo sinistro dell'arteria epatica.
Acta Chir Ital 18 : 785 - 792 1962
- GRESHAM G.A , JOHNSON H.R.
Rupture of aortic aneurysms into the gut.
Brit Heart J 21 : 518 - 522 1959
- GRISCOM N.T.
An unusual cause of acute hematemesis.
JAMA 186 : 790 - 791 1963

- GUIDA P.M. , MOORE S.W.
Anevrysm of the hepatic artery : report of five cases with a brief review of the previously reported cases.
Surgery 60 : 299 - 310 1966
- HAUSMANN W.
Arteriosclerotic anevrysm of abdominal aorta with perforation into the upper jejunum.
Brit M J 2 : 362 - 363 1943
- HEBERE G.
Diagnose und chirurgische Behandlung des abdominalen aortena-
nevrysmas.
Deut Med Wschr 82 : 562 - 569 1957
- HIRSCHOWITZ B.I. , BAGG L.
Anevrysm of the abdominal aorta with a report of four unusual cases.
Gastroenterology 18 : 361 - 376 1951
- HIRST A.E. , AFFELDT J.
Abdominal aortic anevrysm with rupture into the duodenum. A report of eight cases.
Gastroenterology 17 : 504 - 514 1951
- HIVET M. , LEVY V.G.
Anévrysme de la bifurcation de l'artère hépatique propre.
La presse med 79 : 1807 - 1809 1971
- HOOTKIN L.A. , COCCO A.E.
Ruptured splenic artery anevrysm with resultant upper gastro-
intestinal bleeding.
Amer J Dig Dis 15 : 848 - 850 1970
- HUGHES J.H. , ROBERTS S.S.
Massive hemobilia from ruptured hepatic artery anevrysm.
JAMA 214 : 913 - 914 1970
- HUNT H.H. , WELLER C.V.
The syndrome of abdominal aortic anevrysm rupturing into the gastrointestinal tract. Summary of the literature and case report.

Amer Heart J 32 : 571 - 578 1946

- JESIPOWICZ M et al.

Anevrysm of the hepatic artery causing hemobilia.

Pol Pr zegl Chir 40 : 1117 - 1120 1968

- JESSEPH J.E. , MAY K.J. Jr

Folse anevrysm of the hepatic artery with massive hemobilia and jaundice. A case report.

AMA Arch Surg 81 : 646 - 648 1960

- KAPLAN B.

Hematemesis due to rupture of an aortic anevrysm : report of a case.

New England J Med 226 : 984 - 986 1942

- KUBOTA N. , MORAGUES V.

Ruptured abdominal aortic anevrysm with massive gastrointestinal hemorrhage.

Amer Heart J 58 : 547 - 555 1959

- LATASTE J. , ALBOU J.C. , MELET J.

Anévrysme intra-hépatique compliqué d'hémobilie guéri par hépatectomie droite.

Presse Med 79 : 1809 - 1811 1971

- LAW S.W. , GARRETT H.E. , DEBAKEY M.E.

Gastrointestinal hemorrhage due to rupture of abdominal aortic anevrysm. Report of a successfully treated case.

Gastroenterology 43 : 680 - 684 1962

- LEMOS C. , SERAPIAO C.J. , LOBO M.J.

Anevrismas sífilíticas multiplas de aorta abdominal e da arteria hepatica rompendo-se para o canal hepatico.

Hospital (Rio) 61 : 337 - 353 1962

- LEPSHUTZ B. , CHOBUFF R.J.

Diagnosis of ruptured abdominal aortic anevrysm.

Arch Surg 29 : 171 - 181 1939

- MANDELBAUM I. , KAISER G.C. , LEMPKE R.E.
Gastric intramural anevrysm as a cause for massive gastrointestinal hemorrhage.
Ann Surg 155 : 199 - 203 1962
- MANSON J.S.
Rupture of aorta into duodenum.
Brit Med J 1 : 121 1937
- MARQUAND J.
Anevrysm of the splenic artery ruptured into the stomach.
Mem Acad Chir (Paris) 94 : 209 - 217 1968
- MATAS R.
Endo-anevrismorrhaphy.
Surg, gynec, obstet 30 : 456 - 459 1920
- Patient with repeated gastrointestinal hemorrhages.
Mayo clin Proc 39 : 452 - 465 1964
- Mc LACHLIN A.D. , COLES J.C.G.
Haemobilia. A case of unusual etiology and its management.
Surg Clin North Am 50 : 1107 - 1110 1970
- MILLARD M.
Fatal rupture of gastric anevrysm.
Arch Path 59 : 363 - 371 1955
- MINJER A de
Gastrointestinale bloeding door anevrysm van de aorta.
Neder T Geneesk 109 : 1801 - 1804 1965
- MORISON J.E.
Rupture of aortic anevrysm onto the duodenum.
Brit Med J 2 : 244 - 245 1944
- MORONE C. , VIGANO M. , TRABATTONI P.
Rottura di aneurisma dell'aorta addominale nella terza porzione del duodeno.
Minerva Cardioangiol 16 : 6 - 13 1968

- NAUDIN G.

Intérêt de l'artériologie sélective dans le diagnostic étiologique
des hémorragies digestives inexpliquées.

Thèse Paris N° 676 dactylographiée 1969.

- NOWAK K et al.

A case of abdominal aortic aneurysm perforating into the stomach
(pol).

Wiad Lek 22 : 1425 - 1428 1969

- OWENS J.C., COFFEY R.J.

Aneurysm of the splenic artery including a report of six additional cases.

Int. Abstr. Surg 97 : 313 - 335 1953

- PATEL J., CORMIER J.M.

Anévrysmes rompus de l'aorte sous-rénale

I Diagnostic et formes anatomocliniques

II Traitement et complications post-opératoires.

Presse Méd. 71 : 653 - 656 1963

- PENDOWER J.E.H.

Haematemesis from rupture of aneurysms into the duodenum.

Lancet 1 : 1165 - 1167 1959.

- PHILLIPS R.B., SHELBY E.J.

Arteriosclerotic aortic aneurysm with rupture into the duodenum
Report of a case with survival.

Ann. Surg 159 : 375 - 376 1964.

- POMERANTZ R.B.

Abdominal aneurysm with aortojejunal rupture.

Fourth reported case.

Amer. Heart J 37 : 142 - 144 1949.

- PUGEDA F., HINSHAW J. R.

Preoperative diagnosis and treatment of a splenic artery aneurysm ruptured into the stomach.

Amer. Surg 36 : 473 - 476 1970

- PRATT - THOMAS H.R.

Aneurysm of the abdominal aorta with rupture into the duodenum.
Report of three cases.

Amer J clin Path 14 : 405 - 412 1944

- QUATTLEBAUM J.K.

Aneurysm of the hepatic artery : report of three cases.

Ann Surg 139 : 743 - 750 1954

- RANNIGER K. , MENGUY R. , KITTLE C.F. , ABRAMS E.

Angiographic diagnosis of an intra hepatic aneurysm as a cause
of unexplained bleeding.

Radiology 90 : 507 - 509 1968

- RAWA M.

Aneurysm of the hepatic artery as the cause of fatal bleeding
from the digestive tract (pol).

Pol Przegl Chir 40 : 136 - 138 1968

- RENNER W.F. , SINDELAR J.

Rupture of a thoracic aneurysm into the stomach.

JAMA 153 : 102 - 103 1953

- ROHNER A.

Hémorragies digestives graves par rupture d'un anévrisme de
l'artère splénique dans les canaux pancréatiques.

Gastroenterologia (Basel) 108 : 31 - 43 1967

- ROLL W.A. , CAUDELL W.B.

Rupture of abdominal aortic aneurysm into the duodenum; a re-
port of two cases.

AMA Arch Surg 72 : 295 - 299 1956

- ROSS C.F. , PHEILS M.T.

Fatal gastrointestinal hemorrhage due to perforation of the
ileum by an atheromatous aneurysm of the abdominal aorta.

Gastroenterology 32 : 756 - 758 1957

- ROTTINO A.

Aneurysm of the abdominal aorta, with rupture into the
duodenum.

Amer Heart J 25 : 826 - 836 1942

- SALMON M.

Anévrysme de l'aorte ventrale. Mort par rupture de la poche artérielle dans le duodénum.

Bull Soc anat Paris 18 : 283 - 289 1843

- SALMONS J.A.

Gastrointestinal hemorrhage due to rupture of aortic aneurysm into the esophagus.

Gastroenterology 27 : 474 - 477 1954

- SANDBLOM P.

Hémorragie de tractus biliaire (hémobilie).

Mem Acad chir 93 : 749 - 752 1967

- SANDBLOM P.

Gastrointestinal hemorrhage through the pancreatic duct.

Ann surg 171 : 61 - 66 1970

- SCHMICH H.

Intestinale blutung durch rupturiertes aortenaneurysma.

Chirurg 36 : 374 - 376 1965

- SCOTT V.

Abdominal aneurysms. A report of ninety-six cases.

Amer J Syph, Gonorr, Vener Dis 28 : 682 - 710 1944

- SEIFERTH J. , CASTRUP H.J.

Die ruptur von aneurysmen der aorta abdominalis in das duodenum.

Deutsch Ned Wschr 94 : 940 - 945 1969

- SHERIDAN J.T.

Hepatic artery aneurysm. Report of a case and review of the literature.

Arch Surg 72 : 300 - 310 1956

- SKROMAK S.J., O'NEILL J.F. , CICCONE E.F., SNYDER R.J.

Aneurysm of the abdominal aorta. Two cases with rupture into the gastrointestinal tract.

Gastroenterology 33 : 575 - 590 1957

- SMOLIK R.

A case of spontaneous rupture of aortic aneurysm into the stomach (pol).

Pol Tyg Lek 14 : 1829 - 1831 1959

- SOYER R.

Traitement chirurgical des anévrysmes de l'aorte.

Concours médical 93 (N° 8) : 1289 - 1314 1971

- SZUNYOGH B.

Rupture of aortic aneurysm into the duodenum :
cause of fatal gastrointestinal hemorrhage.

Amer J Dig Dis 4 : 306 - 310 1959

- TETREAULT A.F. , BOWEN J.R. , SAMPAIO

Hemobilia secondary to intra hepatic aneurysm of a case with
clinical and pathological correlations.

JAMA 192 : 1096 - 1098 1965

- VOYLES W.R., MORETZ W.H.

Rupture of aortic aneurysms into gastrintestinal tract.

Surgery 43 : 666 - 671 1958

- WEST S.

Aneurysm of splenic artery rupturing into stomach.

Lancet 1 : 518 - 519 1885

- WINCHESTER D.P. , SEED R.W., BERGAN J.J., CONN (Jr) J.

Jaundice, hemobilia, and hemoperitoneum.

Consequences of rupture of hepatic artery aneurysm.

Amer J Surg 120 : 384 - 387 1970

- ZOLLINGER R.W., CREEDON P.J.

Aneurysm of the gastroduodenal artery.

Amer J Surg 112 : 900 - 902 1966

